

Laparoskopik bilateral trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi



Ahmet ALPONAT (*), Atilla KAYA (*), Nihat YAVUZ (**), Osman ÖZBAN (***), Fırat BULUT (***)

ÖZET

Kronik duodenal ülserin cerrahi tedavisinde Bilateral Trunkal Vagotomi & Gastrojejunostomi (BTV & GJ) operasyonunun endikasyon alanı sınırlıdır. Biz kronik duodenal ülserle bağlı orta dereceli pilor stenozu gelişmiş bir hastamızda bu operasyonu laparoskopik olarak uyguladık. Amacımız, bu operasyonun laparoskopik uygulanımındaki kritik noktaları vurgulamaktır.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, gastrojejunostomi

SUMMARY

Laparoscopic bilateral truncal vagotomy & gastrojejunostomy

The indication for Bilateral Truncal Vagotomy & Gastrojejunostomy (BTV & GJ) in the treatment of chronic duodenal ulcer disease is limited. We performed this operation laparoscopically in a patient with moderate pyloric stenosis due to chronic duodenal ulcer. We aimed to stress the critical points in technique of this operation.

Key words: Laparoscopy, gastrojejunostomy

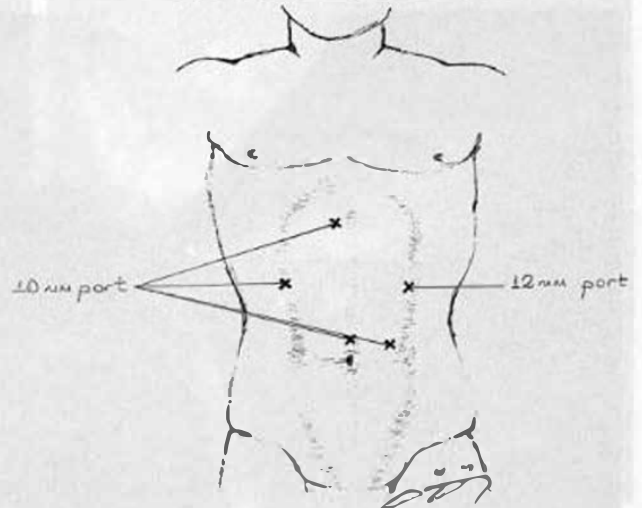
OLGU

64 yaşında erkek hasta, onbeş yıllık duodenal ülser hikayesi, düzensiz anti-ülser ilaç kullanımı ve son aylarda gittikçe sıklaşan kusma nöbetleri nedeniyle başvurdu. Baryumla yapılan mide-duodenum pasaj grafisinde ve endoskopik tetkiklerde; duodenumda ileri derecede deformasyon ön yüzde aktif ülser ve orta derecede pilor stenozu saptandı. Operasyona karar verilerek hastaya dört gün süreyle nazogastrik aspirasyon ve parenteral beslenme uygulandı.

Teknik: Karın boşluğu CO₂ ile basınç 14 mmHg olacak şekilde şişirilerek toplam 5 adet trokar batına yerleştirildi. İlk 10 mm'lik trokar teleskop için umblikusun 3 cm üzerinden (T-1), ikinci 10 mm'lik trokar ilk trokar hizasında sol

rektus kasının üzerinden (T-2), üçüncü 10 mm'lik trokar endo-retraktör için ksifoidin hemen sağ yanından (T-3), 12 mm'lik trokar endo-stapler için sol mid-klavikuler çizgi üzerinden (T-4) ve son olarak 5 mm'lik trokar sağ mid-klavikuler çizgi üzerinden batına yerleştirildi (T-5) (Şekil 1).

Karaciğer sol lobu T-3'den girilen endo-retraktör ile laterale doğru çekilirken T-2'den girilen



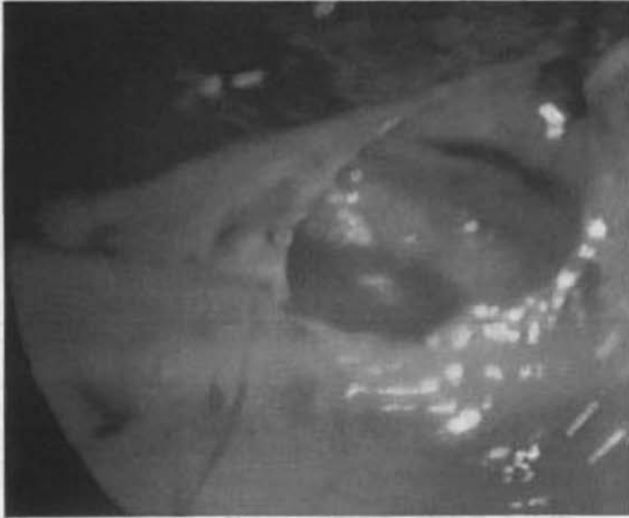
Şekil 1. Batın duvarında trokarların yerleri ve çapları.

Bu çalışma Autosutur Türkiye temsilcisi AKAD ve LIBOR firmaları tarafından desteklenmiştir.

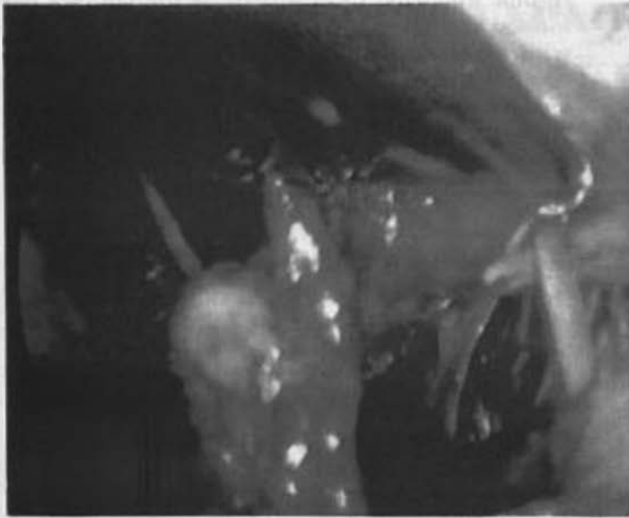
(*) Elmadağ Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

(**) I. U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, H.A.V. Anabilim Dalı, Pratisyen Hekim

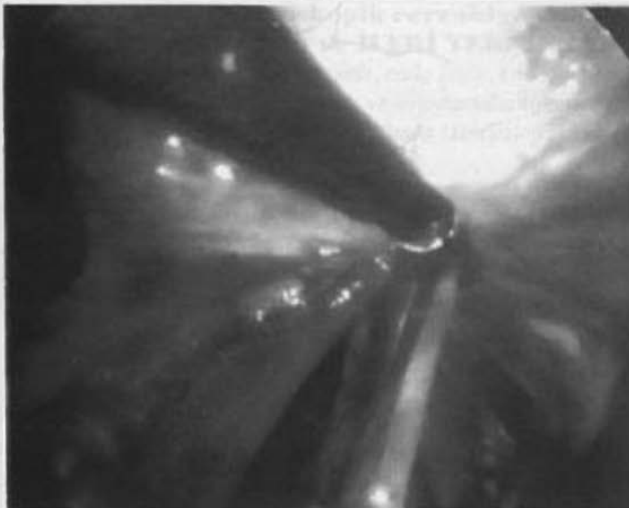
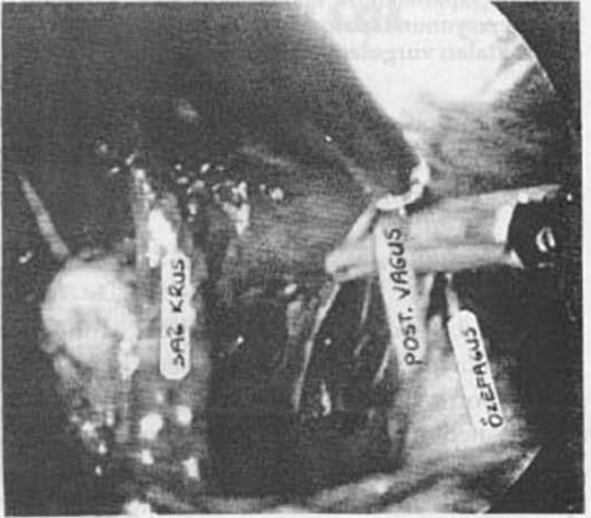
(***) Elmadağ Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Pratisyen Hekim



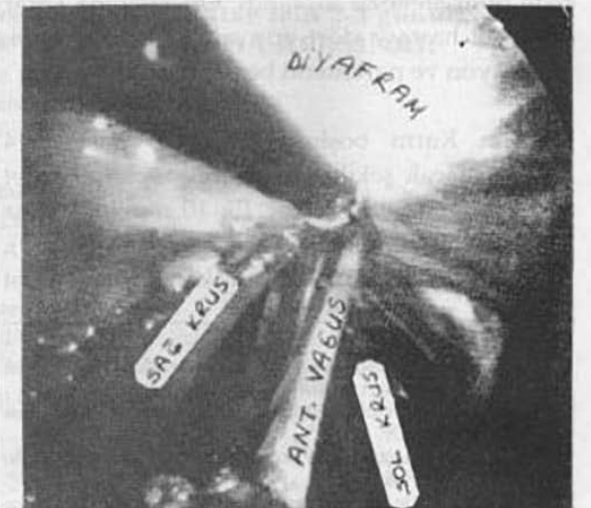
Şekil 2. Küçük omentuma giriş.



Şekil 3. Arka vagal trunkus ve çevre oluşumlarla ilişkisi.

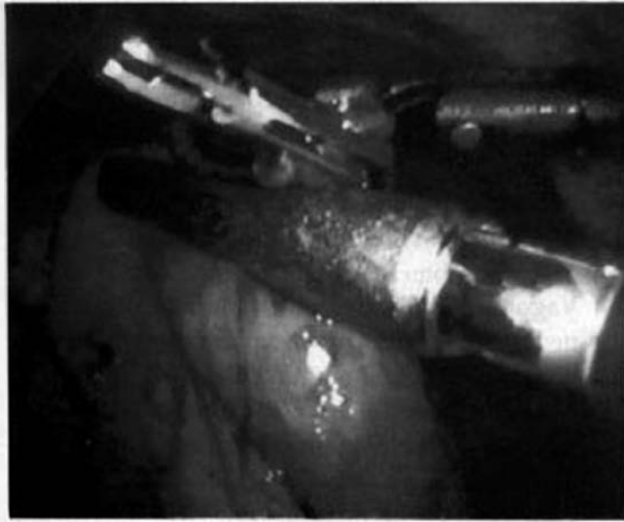
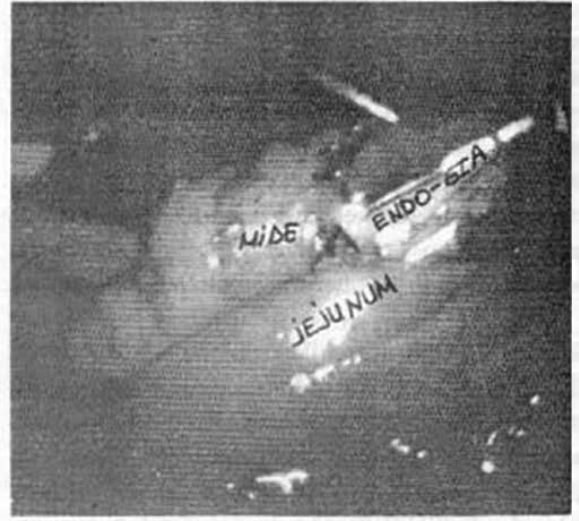


Şekil 4. Ön vagal trunkus ve çevre oluşumlarla ilişkisi.

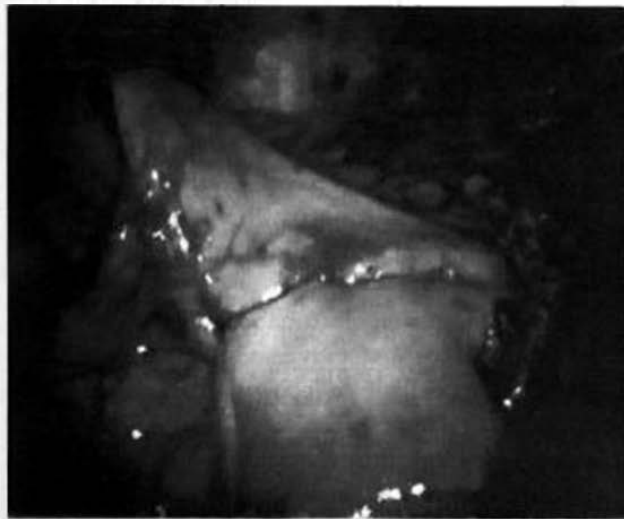
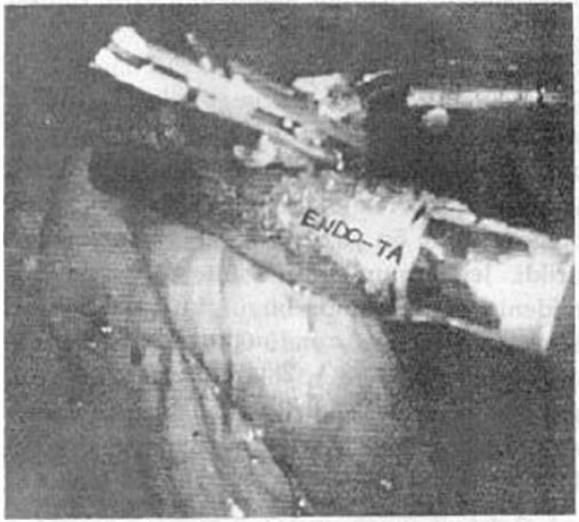




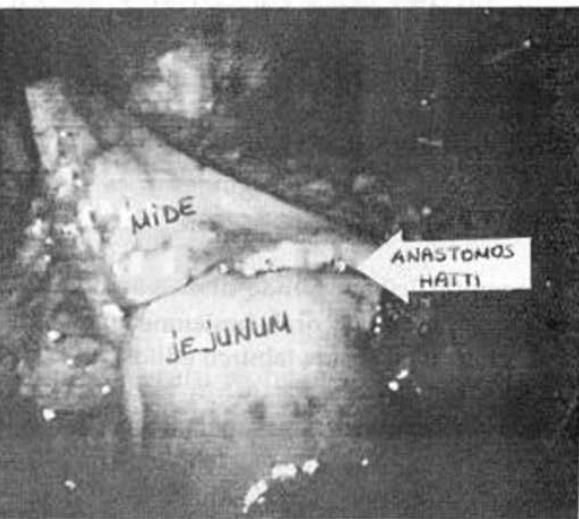
Şekil 5. Endo-GIA ile gastrojejunal anastomoz.



Şekil 6. Endo-TA ile yan açıklığın kapatılması.



Şekil 7. Tamamlanmış halde gastrojejunostomi ve anastomoz hattının önden görünüşü.



endo babcock ile mide ön yüzünden korpus hizasından tutularak aşağıya doğru çekildi. Böylece ön ve arka vagal trunkuslar açık operasyonlarda olduğu gibi gerilmiş oldu. Operasyonun ilk basamağında vagotomi için gastro-hepatik bağa karaciğer kaudat lobu üzerinden pars flaccida da pencere açılarak disseksiyon, makasla hem koagülasyon hem de kesme işlemleriyle hiatusa taşındı (Şekil 2).

Sağ ve sol diaframatik kruslar ile özofagusun ilişkileri ortaya konduktan sonra özofagusun posterola-teral yüzü ile sağ diaframatik krus arasında arka vagus bulunarak proksimal ve distalden kliplendi, 1 cm'lik segment patoloji için alındı (Şekil 3). Ön vagus, özofagusun sol anterolate-ral yüzünde bulunarak arka vagusa uygulanan işlem uygulandı (Şekil 4).

Operasyonun ikinci basamağında Treitz ligamanı transvers kolonun altında bulunarak 20 cm distalden bir jejunal ans antekolik olarak yukarıya çekilerek endo-babcocklarla preantral bölgede mide ön yüzüyle beraber yanyana getirildi. Jejunumun antimezenterik yüzüne ve midenin ön duvarında büyük kurvatura yakın birer delik açılarak endo-GIA (6 cm)'nin bacakları bu deliklerden sokuldu. Endo-GIA'nın pozisyonu değerlendirildikten sonra stapler ateşlenerek 6 cm'lik bir stoma oluşturuldu (Şekil 5).

Yan açıklık endo-TA ile kapatıldı (Şekil 6 ve 7). Anastomoz hattında olabilecek herhangi kaçığı görebilmek için mide 300 ml serum fizyolojik ve metilen mavisi karışımı ile dolduruldu ve kaçak olmadığı gözlenerek aspire edildi. Anastomoz hattına bir adet diren konularak sol rektus üzerindeki trokar deliğinden batın dışına alındı.

Postoperatif üçüncü günde diren ve nazogastrik sonda alınarak oral beslenmeye geçildi. Hasta dördüncü günde taburcu edildi.

Sonuç: Postoperatif ikinci ayda hasta asemptomatik olarak yaşamaktadır. Endoskopik incelemede duodenumdaki aktif ülserin tamamen iyileştiği, stomanın çalıştığı saptandı.

TARTIŞMA

Kronik duodenal ülser ve komplikasyonlarının cerrahi tedavisinde Gastrojejunostomi (GJ) ilk önceleri tek başına, daha sonra vagotominin yerleşmesiyle beraber bu işlemle kombine edilerek uygulanmaya başladı. Ancak uzun dönem sonuçlarında yüksek oranda yan etkileri olduğu görülünce endikasyon alanı daraldı (1). Bu yüzden peptik ülser cerrahisinin gelişimi içinde Vagotomi & GJ uygulama alanında büyük oranda çekilmiştir. Günümüzde Vagotomi & GJ, sadece gastrik atoni gelişmemiş gastrik rezeksiyonun güç ya da uygun olmadığı kronik duodenal ülser nedeniyle gelişmiş pilor stenozlu olgulara uygulanabilir (2).

Laparoskopik cerrahinin son yıllarda kaydettiği aşama ile peptik ülserle yönelik aklık sistemde yapılan operasyonların hemen tamamı laparoskopik olarak da uygulanmaya başlamıştır. Endo-stapling cihazlarındaki gelişmeler laparoskopik operasyonların ufkunun gelişmesindeki en büyük etken olmuştur.

Vagotomi & GJ, uygulama alanının dar olması nedeniyle literatürde az sayıda olgu sunumları olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde de bilgilerimize göre ilk V & GJ, Mercan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (3). Sunduğumuz olgu ise Türk literatüründe ikinci olgu olma özelliğine sahiptir.

Bu operasyonda anatomiye hakim olabilmek ve dolayısıyla operasyon süresini kısaltabilmek için dikkat edilmesi gereken noktaları maddeler halinde vurgulayacak olursak;

1. T-3'den girilen yelpaze ekartör ile karaciğer sol lobu laterale doğru itilir. Karaciğer sol triangüler ligamanın kesilmesine gerek yoktur.

2. T-2'den girilen endo-babcock ile mide, ön duvarından korpus seviyesinden tutularak aşağıya doğru çekilir. Böylece ön ve arka vagal trunkusları germek mümkün olur. Ayrıca, mide aşağı çekilip itilmek suretiyle özofagusun lokalize edilmesi de kolaylaşır.

3. Hiatusa ulaşmak için direkt özofagusun üzerine gitmek yerine karaciğer kaudat lobu üzerinden gastrohepatik bağı pencere açarak disseksiyonu bu bölgeye taşımak daha uygundur.

4. Hiatusda sağ diafragmatik krus kolayca tanımlanabilir ve bu oluşumla özofagus arasında yapılan nazik künt disseksiyonla posterior mediastinum'a ait yağlı-gözeli doku ortaya konulur. Bu ise doğru planda olunduğunun en önemli işaretidir.

5. Arka vagal trunkus, sağ diafragmatik krus ve özofagusun posterolaterali arasında, ön vagal trunkus ise özofagusun sol anterolateral yüzünde ortaya konularak vagotomi işlemi tamamlanır. Her iki trunkusdan da 1'er cm'lik segment çıkarmak esastır.

6. Treitz ligamanı, transvers kolonun altında kolayca ortaya konulabilir ve 20 cm distalden bir jejunal ans antekolik olarak yukarıya çekilerek izoperistaltik olarak anastomozun gerçekleştirileceği mide duvarı ile beraber açık sistemdeki gibi dikişlerle ya da endo-babcocklarda tutulur.

7. T-4'den girilen Endo-GIA (6 cm) ile anastomoz gerçekleştirilir. 12 mm'lik trokar, 5 mm'lik (T-5) trokarın yerine konularak anastomoz dis-

talden proksimale doğru da gerçekleştirilebilir. 8. Yan açıklık Endo-TA ile kapatılabileceği gibi intra-korporeal dikişlerle de kapatılabilir. Endo-TA ile kapatma yapıldığında, kapatma yapılan jejunal urvede darlık yaratma olasılığı vardır. Eğer anastomoz tarif ettiğimiz gibi T-4'den girilerek proksimalden distale doğru izoperistaltik olarak gerçekleştirilirse getirici urve sadece safra direnajını sağlayacağından lümendeki olası darlık problem çıkarmayacaktır.

9. Anastomoz tamamlandıktan sonra anastomoz hattındaki olası kaçak için 300 ml metilen mavisi içeren serum fizyolojikle ya da havayla mide doldurularak patlak lastik testiyle kontrol yapılır ve gerek görülürse anastomoz hattına diren konulabilir.

Sonuç olarak; V&G'nin endikasyon olan olgularda laparoskopik olarak kolayca uygulanabileceğini ve hastanın laparoskopik tekniğin postoperatif avantajlarından yararlanabileceğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Ellis H. Duodenal and gastric ulcer. In Schwartz S, Ellis H editors. Maingot's Abdominal Operations. Connecticut, Appleton and Lange, 1990; 1599-625.
2. Stabile BE. Current surgical management of duodenal ulcers. In Heerden JA editor. The Surgical Clinics of North America, Philadelphia, WB Saunders Company, 1992; 72(2):335-357.
3. Mercan S, Seven R, Özarmağan S, Budak D. Laparoscopic vagotomy and gastroenterostomy.
4. Avrupa Video Cerrahi Kongresi. 1994; s.53.

Alındığı tarih: 30 Haziran 1994

Yazışma adresi: Dr. Ahmet ALPONAT, Kazım Özalp Cad. 7/15. 81000 Suadiye-İstanbul

ENDOSKOPİK LAPAROSKOPİK CERRAHİ

SAYI 1: Mart 1994 Laparoskopik Kolesistektomi

ÖZEL SAYI: Haziran 1994 4. Avrupa Video Cerrahi Kongresi Abstrakları

SAYI 2-3: Eylül 1994 Laparoskopik Appendektomi

SAYI 4: Aralık 1994 Laparoskopik İnguinal Herni

Ocak 1995'de sizlere ulaşacak olan 4. sayı ile 1. Cilt tamamlanacaktır.