

Peptik Ülser Cerrahisinden Sonra Görülen Gastrik Retansiyon Problemi

*Erdoğan SÖZÜER**

*Nihat BENGİSU***

*Burhan M. SALMAN***

Peptik ülser cerrahisinden sonra, mide muhtevanın yeterli şekilde boşalamaması, operasyondan 5-7 gün sonra başlanan oral gıdalann tolere edilememesi olarak tarif edilen gastrik retansiyon (GR), ilk mide ameliyatlarının yapıldığı yıllardan beri cerrahların yakındığı bir problemdir. Çoğunlukla postoperatif erken dönemde (1-14 gün), nadiren de haftalar, hatta aylar sonra ortaya çıkabilir. Yaygın görüş 5. günde pilor veya stomadan sıvı atılımının olmaması halidir. Bu komplikasyonun görülme sıklığı ise çeşitli kaynaklardan 2 - % 2.8 olarak bildirilmektedir (6, 13).

Yazarlar drenaj prosedürü uygulansın veya uygulanmasın bilateral trunkal vagotomiden sonra postoperatif erken dönemde gastrik stazis görülme şansının fazla olduğunu belirtmektedirler (8, 9).

GASTRİK RETANSİYON UN SEBEPLERİ

GR'un sebepleri iki ana bölümde incelenebilir:

- Mekanik Sebepler,
Vagal denervasyon.

Mekanik Sebepler:

1. Distal stomanm darlığı: Bunun en sık sebebi ödematöz şişmedir (Şekil - 1).
2. İnfeksiyon sonucu distal ans ve anostomozda meydana gelen anatomik bozukluk: Özellikle anostomoz hattından olan kaçakların oluşturduğu abselerin çevre dokularda meydana getirdiği fibrozis mekanik tıkanmayan sebep olur (Şekil - 2).
3. Bilroth 1 tarzında yapılacak olan gastroduodenostomi operasyonu için duodenumun mobilizasyonu ve disseksiyonu neticesi oluşan beslenme bozukluğuna bağlı post-iskemik fibrozis.
4. Jejunal ansın internal herniasyonu: İnce barsak, anostomoz için kullanılan jejunal ansın arkasından hernie olabilir. Stammars ve arkadaşları internal

herniasyonun çoğunlukla operasyondan 3 ile 6 gün sonra görülebileceğini bildirmektedirler (16) (Şekil - 3).

5. Jejunumun invaginasyonu: Bu jejunojejunal veya jejunogastrik olabilir Çok nadir olan bu vakalar ile ilgili 1980 yılında 16 hasta bildirilmiştir. Yazar bu tip vakalarda klinik olarak teşhisin çok zor olduğunu ve çoğunlukla gastrektomisz retrokolik gastrojejunostomi yapılarında görüldüğünü bildirmektedir (7) (Şekil-4).

6. Distal ansın yapışıklıkları: Bazı vakalarda midenin iyi boşalamaması jejunum üzerindeki yapışıklıklara bağlıdır. Servisimizde yapılan bir çalışmada gastrik retansiyona yol açan en sık mekanik sebebin distal ans yapışıklıktan olduğu tespit edilmiştir (14) (Şekil - 5).

7. Retkolik gastrojejunostomilerde kolon mezosunun mide yerine jejunum'a dikilmesi mide boşalmasını geciktirecek mekanik bir sebeptir (Şekil - 6).

8. Anostomoz yapılırken teknik hataya bağlı olarak ön duvarın arka duvara dikilmesi. Servisimizde yapılan ve 14 vakayı içeren çalışmada vagotomisz piloroplasti yapılması ve Heineke Mikulicz piloroplastide arka duvardan sütür geçilmesi nedeni ile gastrik retansiyon görülen bir vaka ikinci defa operasyona alınmıştır (14).

9. Gastrojejunal anostomozun dönmesi: Bu da son derece nadir görülen komplikasyondur.

10. Anostomozun yeterli genişlikte yapılmaması.

11. Gastroenterostomi de efferent loop'un kısa tutulmuş afferent loop üzerine devrilmesi ve anostomozda açıcı sütüre bağlı açılma da GR sebebi olabilir.

* Erciye» Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A. Dalı Araştırma Görevlisi

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Vagal Denervasyon:

Bilateral trunkal vagotomi (BTV) mideye gelen hem salgı hem de motor lifleri ortadan kaldırır, özellikle drenajsız yapılan vagotomilerin yüksek oranda midede atoniye sebep olduğu eskiden beri bilinmektedir. BTV yapılan hastalarda bir süre mide tonüsü azalmakta ve bazen postoperatif dönemde uzunca bir süre nazogastrik dekompresyon gerekmektedir. Mekanik bir sebep olmaksızın vagotomi yapılmayan vakalarda gastrik retansiyona daha nadir rastlanır.

Yapılan deneysel çalışmalar vagotominin midenin elektriksel aktivitesini geçici olarak bozduğunu, korpus ve antrumda uyarım düzenleyici potansiyelde yavaşlamaya neden olduğunu göstermiştir (17). Son zamanlarda uygulanan yeni ameliyat metodlarından, antrumun vagal innervasyonun korunduğu ameliyatlarda (proksimal gastrik vagotomi gibi), midenin motor fonksiyonunda preoperatif döneme nazaran % 20 gibi az bir bozulmanın olduğu belirtilmektedir (17).

Bazı yazarlar distal ansın nörojenik sendromundan bahsetmektedir. Bu vakalarda baryum ile yapılan tetkiklerde hiç bir tıkanıklığa rastlanmadığı gibi, tekrar opere edilenlerde de mide boşunun boşalmasını engelleyen hiç bir anatomik tıkanıklık tespit edilememiştir. Çoğunlukla postoperatif 5. günde epigastrik ağrı ve dolgunluk hissi, bulantı, kusma ile birlikte olan bu sendromun Polya tipi gastrojejunostomilere oranla Hofmeister tipi gastrojejunostomilerden sonra daha sık görüldüğü bildirilmektedir (5).

HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gastrik retansiyon meydana gelen hastalar 4 grupta incelenebilir (13):

1. Bunlar operasyondan hemen sonra GR meydana gelen fakat devamlı gastrik dekompresyon ile düzelen hastalardır. Bunlarda retansiyon, ödem ve şişmeye bağlıdır.
2. Konservatif tedaviye rağmen retansiyonun 7-10 gün devam ettiği hastalar. Bunlarda büyük ihtimalle mekanik obstrüksiyon vardır.
3. Postoperatif periodun ilk günlerinde yeterli gıda alıp, daha sonradan retansiyon gelişenler. Bu da genellikle mekanik orijindir, fakat bazen dinamik olabilir.
4. Operasyonu takiben haftalar veya aylar içinde tam olmayan obstrüksiyon gösterenler. Bu hastalarda obstrüksiyon marjinal ülsere veya onun komplikasyonlarına bağlı olabilir.

TANI

Gastrik retansiyon klinik olarak postoperatif erken veya geç dönemde epigastriumda ağrı, dolgunluk hissi, bulantı, kusma gibi bulgular ile belirir. Özellikle

postoperatif erken devrede mide boşalmasındaki gecikmede, paralitık hadise ile mekanik tıkanmanın ayırt edilmesi gerekir. Bunun için şu tetkikler yapılabilir:

1. Gastrointestinal sistemin radiolojik tetkiki: Gastrik retansiyondan şüphelenildiği zaman hemen invaziv metodlara geçilmemeli, önce nazogastrik dekompresyona başlanıp oral gıda kesilmelidir. Eğer semptomlarda 5 gün içinde bir düzelme olmuyor ise veya semptomlar şiddetleniyor ise nazogastrik tüp vasıtası ile hastaya baryum verilerek, skopi altında anostomozdan geçiş olup olmadığı gözlenir. Baryum ile yapılan çalışma, tıkanmanın tabiatı ve yeri bakımından bilgi vericidir. Normalde midedeki baryum stomadan kolayca boşalacak ve barsaklara geçecektir. Şayet böyle olursa obstrüktif semptomların fonksiyonel olduğuna karar verilir.

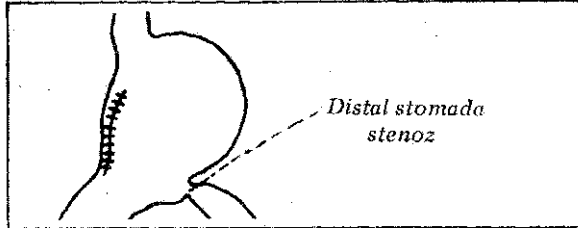
2. Fiberoptik endoskopi: Stomada mekanik bir sekelin olup olmadığını ayırt etmede en önemli tanı yöntemidir. Ancak bu muayene anostomozu olan hastalarda postoperatif 10. günden erken yapılmamalıdır. Mutlaka gerekiyor ise mahir ellerde ve çok dikkatli bir şekilde yapılmalıdır.

3. Klinik çalışmalar şüpheli kalıyor, baryumlu çalışmalar ve endoskopi ile tanıya yarılamıyor ise radioizotopik scanning faydalı bilgiler verebilir. Mekanik tıkanma olmayan, vagal denervasyona bağlı vakalarda, katı gıdaların sıvı gıdalara nazaran daha kolay geçeceği hatırlarda tutulmalıdır.

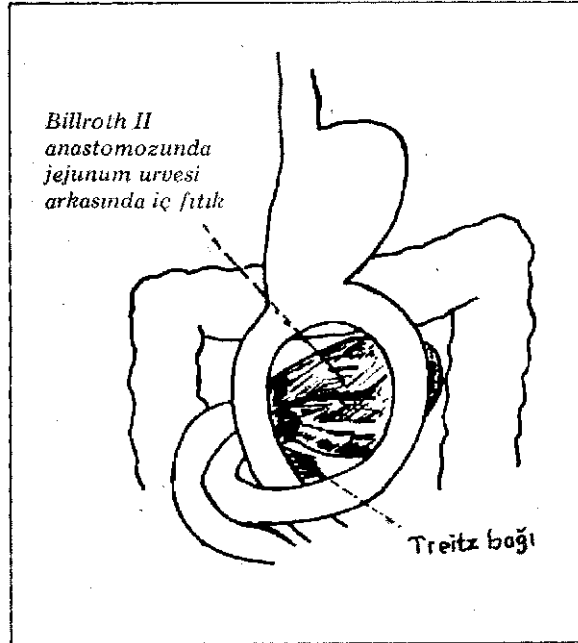
TEDAVİ

Gastrik retansiyon tanısı konduğu zaman ilk yapılacak işlem hastaya etkili nazogastrik dekompresyon uygulamak ve bu arada hastayı intravenöz olarak beslemeye başlamaktır. Peptik ülser ameliyatlarından önce özellikle pilor stenozlu hastalarda, dilate midenin küçülmesini ve adale tonüsünün düzelmesini sağlayacak kadar yeterli bir süre (yaklaşık 6-7 gün) nazogastrik dekompresyon uygulamanın ve bu süre içinde intravenöz hiperalimentasyonun postoperatif GR şansını azalttığı rapor edilmektedir (2). Ayrıca hasta birçok defalar kusma nedeni ile sıvı ve elektrolit dengesizliği içindedir. Bu dengesizliğin mutlaka giderilmesi gerekir. Hastaların kan kimyaları yakından izlenmeli ve gerekli parenteral destek sağlanmalıdır. Dodsvoth ve arkadaşları intravenöz hiperalimentasyon uygulamanın bu hastalarda gastrik tonisitenin geri dönmesine yardımcı olacağına ve beraberindeki inflamatuvar cevabı azaltacağına dikkati çekmişler ve intravenöz hiperalimentasyonun hastanede kalış süresini de kısalttığını belirtmişlerdir (1). Ayrıca Mc Cieland aşırı kilo olan bu hastalarda negatif nitrogen balansını düzeltmek için intravenöz hiperalimentasyonu tavsiye etmektedir (10).

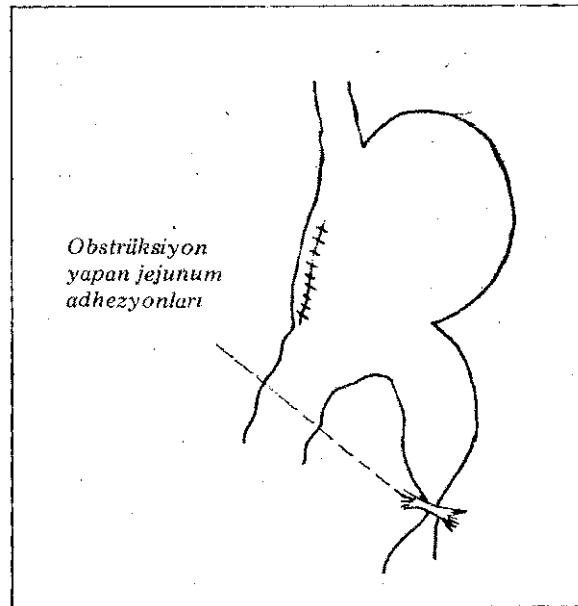
Stoma ödeminin olduğu vakalarda antienflamatuvar ve antibiyotikler faydalı olabilir.



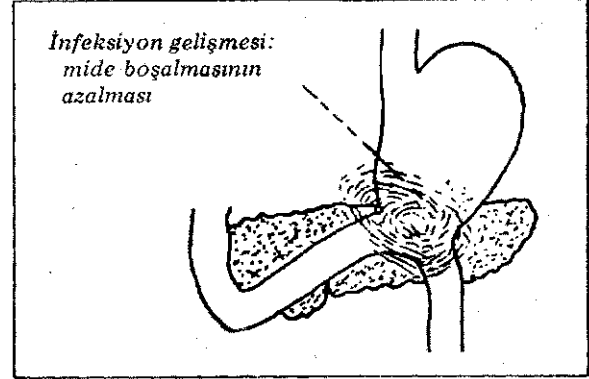
Şekil-1. Ameliyat sonrası erken dönemde distal stomada darlık.



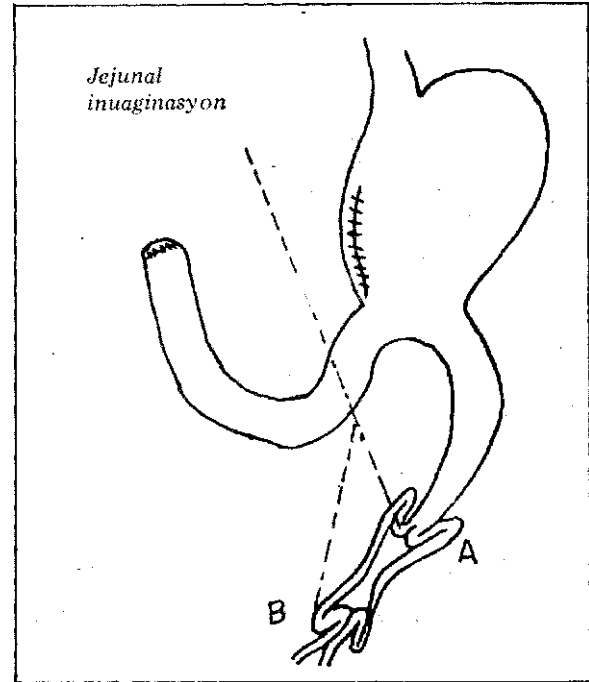
Şekil-3. Jejunal ansın internal herniasyonu.



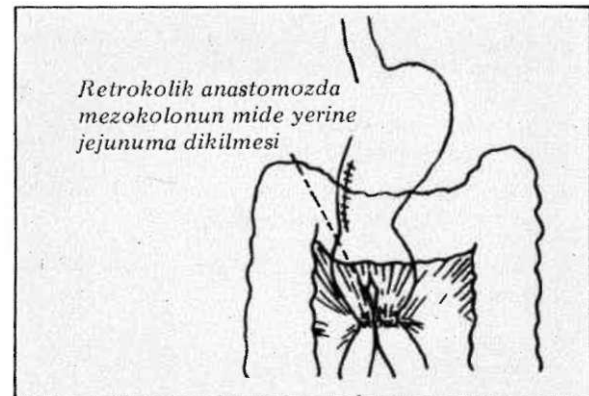
Şekil-5. Obstrüksiyona yol açan distal ansın yapışıklıkları.



Şekil-2. İnfeksiyon sonucu distal ans ve anastomozda meydana gelen anatomik bozukluk.



Şekil-4. Jejunumun İnuaginasyonu.



Şekil-6. Retrokolik gastrojejunostomide kolon mezosunun mide yerine jejunuma dikilmesi.

Bir yandan konservatif tedaviye devam edilirken, diğer yandan da GR sebebinin basit bir atoni mi yoksa mekanik bir engel mi olduğu araştırılmalıdır. Basit atoni vakalarında konservatif tedaviye 3 hafta kadar devam edilebilir. Bu hastalarda urecholine ve metoclopramide kullanılması tavsiye edilmekte, bu ilaçlar ile operasyondan haftalar, hatta aylar sonra görülen boşalma gecikmelerinde dahi iyileşme elde edildiği bildirilmektedir (3, 6, İL, 12, 15, 17). Yine mekanik bir sebebe bağlı olmayan gastrik retansiyonda Hosmonal ve Torem intravenöz Oxytocine ile hastalarını tedavi ettiklerini bildirmektedir (4).

Konservatif tedavi ile hastalarda düzelme olmaz ise, hatta semptomlar şiddetlenirse ve mekanik obstrüksiyon şüphesi kuvvetlenirse ikinci operasyona gidilmelidir. Böyle durumlarda uzun süreli nazogastrik dekompresyonlar sakıncalıdır.

Operasyonda obstrüksiyonun sebebi serozal yapışıklıklar, adhesif bantlar gibi basit mekanik faktörler ise bunlar giderilir. Bazı durumlarda, drenaj prosedürü eklenmeden yapılan vagotamilerde, drenaj uygulan-

ması, anostomozda teknik bir hata var ise anostomozun bozularak yeniden yapılması, sebep internal herniasyon veya jejunogastrik invaginasyon ise bu durumların düzeltilmesi, Bilroth I tarzında yapılan ilk ameliyatın Bilroth II tarzında yapılması gibi çeşitli rekonstrüktif cerrahi girişimlere gerek duyulabilir.

KORUYUCU TEDBİRLER

Gastrik retansiyondan korunmak için şunlara dikkat edilmelidir:

— Preoperatif dönemde, özellikle pilor stenozlu hastalarda, 3 günden daha fazla nazogastrik dekompresyon, protein ve sıvı elektrolit kayıplarının yerine konması.

— Operasyonda, uygun bir stomanın yapılması, bilateral truncal vagotomi yapılanlarda yeterli drenajın sağlanması, retrokolik anostomozlarda mezo defektinin jejunum yerine mideye sütüre edilmesi, mide ile barsak arasındaki açının uygun olması gibi cerrahi teknik prensiplere azami dikkat gösterilmesi.

KAYNAKLAR

1. Dodsworth JM, JE Fischer: Surgical therapy of chronic peptic ulcer. Surg. Clin. North. Am. 54: 529, 1974.
2. Donovan F, J Alexander-Williams: Prospective gastric retention and delayed gastric emptying. Surg. Clin. North. Am. 56: 1413, 1976.
3. Dumpy JE, WW Lawrence: Current Surgical Diagnosis and Treatment 4th. ed. California, p: 477, 1979.
4. Hosmonal MS, SA Torem: Prolonged post-vagotomy gastric atony treated by Oxytocine. Br. J. Surg. 66: 550, 1979.
5. James Dil: Complications in Surgery and Their Management. 4th ed. Philadelphia WB Saunders Co. p: 473, 1981.
6. John DP: Postoperative gastric atony in obstructing peptic ulcer. Am. J. Surg. 138: 835, 1979.
7. John OW, WB Robert: Jejunogastric intussusception. Arch. Surg. 115: 1499, 1980.
8. Keith AK, MB James, AV Jonatan: Reconstructive gastric surgery. Br. J. Surg. 68: 687. 1981.
9. Martin CJ: Reconstructive of the pylorus. World. J. Surg. 6: 221, 1982.
10. Mr Cielland RN: Indications or surgery and selection of operation in peptic ulcer disease. Gastroenterocical Disease, Patophysiology, Diagnosis, Management. Philadelphia WB Saunders Co. p: 772, 1973.
11. Mc Cielland RN, JW Horton: Relief ou acute, pepsistant postvagotomy atony by metoclopramide. Ann. Surg. 188:439, 1978.
12. Metzger W: Effect of metoclopramide in chronic gastric retention after gastric surgery. Gastroenterology. 71: 30, 1976.
13. Shackelford RT, GD Zuidema: Surgery Alimentary Tract. Second ed. Volume 2 WB Saunders Co. Philadelphia p: 355, 1981.
14. Soziier EM, Y Antaş, N Bengisu: Peptik ülser cerrahisinden sonra görülen gastrik retansiyon. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 7: 331, 1985.
15. Staadas TO, S Aure: Clinical trial of metoclopramide and postvagotomy gastric stasis. Arch. Surg. 104: 684, 1982.
16. Stammars FA: Complications of partial gastrectomy. Ann. R. Coll. S.rg. Engl. 17: 373, 1955,
17. Torun N: Peptik ülser İçin Yapılan Ameliyatlardan Sonra Görülen Komplikasyonlar. Cerrahi, A.ü. Tıp Fakültesi Yayını. 2. Baskı, Sahife: 403, Ankara 1981.