



BÖLÜM 13

MİDE ÇIKIŞ TIKANIKLIĞI VE TEDAVİSİ

Ercan KORKUT¹

1. GİRİŞ

Mide çıkış tikanıklığı (MÇT), mide boşalmasının, pilor veya proksimal duodenum çıkışının çeşitli hastalıkları tarafından mekanik olarak engellendiğinde ortaya çıkar. MÇT'nin kesin insidansı bilinmemektedir.

Peptik ülserlere bağlı MÇT geçmişte yaygın olmasına rağmen, proton pompa inhibitörlerinin (PPI) kullanımı ve Helikobakter pilori'nin (H. pilori) tanımlanması ile peptik ülser hastalığının insidansı azalmıştır. Son yıllarda malign hastalıklar MÇT'nin ana nedeni haline gelmiştir. MÇT'nin yaklaşık %50-80'i kanserden kaynaklanır (1). MÇT'nin baskın nedeni peptik ülserden malign hastalıklara doğru kayarken, tedavi yöntemleri de değişmiştir. Bu yazıda MÇT'nin etiyojisi, tanısı ve güncel tedavi yöntemleri gözden geçirilmektedir.

2. ETİYOLOJİ

Benign Mide Çıkış Tikanıklığı

Benign MÇT'nin en yaygın nedeni, vakaların yaklaşık %90'ını oluşturan peptik ülser hastalığıdır (2). Kostik yaralanma, Crohn hastalığı, tüberküloz gibi inflama-

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD.,
ercankorkut@gmail.com

Klasik olarak retrokolik gastrojejunostomi, pilorun yaklaşık 6 cm proksimaline antrumun ön duvarına bir jejunum ansının lineer stapler ile veya elle yaklaşık 3 cm bir açıklık oluşturacak şekilde yan yana dikilmesiyle gerçekleştirilir. Bu yaklaşım, mide boşalmasını sağlamak için Roux en Y yöntemine tercih edilir.

Malign MÇT olan hastalarda palyatif amaçlı yapılan cerrahi işlem, KGMS uygulamasından sonraki seçenek olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Jeong SJ, Lee JJWjogp, therapeutics. Management of gastric outlet obstruction: Focusing on endoscopic approach. 2020;11(2):8.
2. İliklerden UH, Kalayci T, Kotan MC. Benign gastric outlet obstruction surgery: A tertiary center experience. East J Med. 2021;26(3):450-456.
3. Kochhar R, Kochhar SJWJoGE. Endoscopic balloon dilation for benign gastric outlet obstruction in adults. 2010;2(1):29.
4. Kalaycı T, İliklerden UH. Emergency gastric cancer: Are there any differences between indications, morbidity and mortality? Int Med. 2021;3(2):50-58.
5. Adakan Y, Çekin AHJGG. Kostik maddelerin neden olduğu üst sindirim kanalı yaralanmaları. 2014;18(3).
6. Nugent FW, Roy MAJAJoG. Duodenal Crohn's disease: an analysis of 89 cases. 1989;84(3).
7. Noor MT, Dixit P, Kochhar R, et al. NSAIDs-related pyloroduodenal obstruction and its endoscopic management. 2011;2011.
8. Yates III M, Morgan D, Baron TJE. Palliation of malignant gastric and small intestinal strictures with self-expandable metal stents. 1998;30(03):266-272.
9. Akçakaya A, Baş G, Okan I, et al. Endoscopic Balloon Dilatation in the Treatment of Peptic Gastric Outlet Obstruction. 2006;13(4):173-177.
10. Appasani S, Kochhar S, Nagi B, et al. Benign gastric outlet obstruction--spectrum and management. *Tropical gastroenterology : official journal of the Digestive Diseases Foundation*. 2011;32(4):259-266.
11. Adler DG, Baron THJTAJog. Endoscopic palliation of malignant gastric outlet obstruction using self-expanding metal stents: experience in 36 patients. 2002;97(1):72-78.
12. Kate V, Ananthakrishnan N, Badrinath S, et al. Helicobacter pylori infection in duodenal ulcer with gastric outlet obstruction. 1998;19(2):75-77.
13. Cherian PT, Cherian S, Singh PJGe. Long-term follow-up of patients with gastric outlet obstruction related to peptic ulcer disease treated with endoscopic balloon dilatation and drug therapy. 2007;66(3):491-497.
14. Weaver DW, Wienczek RG, Bouwman DL, et al. Gastrojejunostomy: is it helpful for patients with pancreatic cancer? 1987;102(4):608-613.
15. Espinel J, Sanz O, Vivas S, et al. Malignant gastrointestinal obstruction: endoscopic stenting versus surgical palliation. 2006;20(7):1083-1087.
16. Al-Rashedy M, Dadibhai M, Shareif A, et al. Laparoscopic gastric bypass for gastric outlet obstruction is associated with smoother, faster recovery and shorter hospital stay compared with open surgery. 2005;12(6):474-478.