

Konu

2

Fonksiyon Koruyucu Cerrahi

Dr. Selami Ilgaz KAYILIOĞLU, Dr. Atıl ÇAKMAK

Giriş

Midenin neoplastik lezyonlarının cerrahi tedavisinde rutin olarak kullanılan standart rezeksiyon teknikleri olan subtotal gastrektomi, total gastrektomi ve wedge (kama) rezeksiyon dışında, nadiren de olsa tercih edilen veya yakın zamanda kullanıma girerek kendine yer bulmaya başlamış rezeksiyon teknikleri de bulunmaktadır. Temel amaç gastrik fonksiyonları koruyacak, yaşam kalitesini bozmayacak, bir yandan da sağ kalımı uzatacak minimal invaziv rezeksiyonu yapmaktır. Elbette mide rezeksiyonunun tipi ve genişliği hastalığın yerine, davranışına ve yayılım durumuna göre belirlenmelidir. Bu yaklaşımda her rezeksiyon tekniğinin uygun olabileceği endikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Sindirim kanalı rekonstrüksiyonunun da tercih edilen rezeksiyon tipine uygun olarak yapılması gereklidir (1).

Midenin tamamının çıkarılmasının gerekmediği durumlarda, uygun hastalarda klasik distal gastrektomiye tercih edilebilecek ve bir önceki bölümde bahsedilen lokal eksizyonlar dışında kullanılabilir rezeksiyon tipleri şunlardır:

1. Fonksiyon Koruyucu Segmental Gastrektomiler

- Pilor Koruyucu Segmental Gastrektomi
- Vagus Koruyucu Gastrektomi

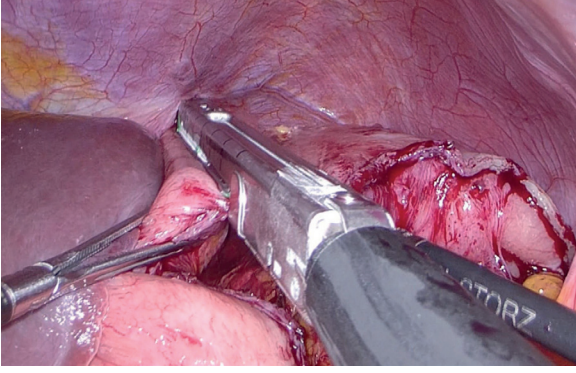
2. Sleeve (Tüp) Gastrektomi

Mide rezeksiyonu sonrası midenin fonksiyonlarını korumaya yönelik teknikler son yıllarda popülerite kazanmaktadır. Parsiyel gastrektomilerde anatomik kaybın ve anatomide ve fizyolojide meydana gelen değişikliğin sonucu olarak oluşan postgastrektomi sendromlarının önlenmesi adına pilor koruyucu segmental gastrektomi, distal vagal dalların korunduğu vagus koruyucu girişimler ve yeni bir mide poşunun oluşturulması tekniği geliştirilmekte olan teknikler arasındadır.

Pilor Koruyucu Segmental Gastrektomi

Pilor koruyucu segmental gastrektomi midenin distal kesiminin çıkarılmasına karşın pilorun intact olarak bırakılması ve ardından kalan mide kesimlerinin uç uca anastomozu prensibine dayanır. Özellikle erken mide kanserlerinde Japonlar tarafından giderek daha yaygın olarak uygulanmaktadır. Erken mide kanserlerinde tümörün distal kenarının pilordan en az 4 cm uzaklıkta olduğu hastalarda tercih edilebilir. Pilor koruyucu cerrahide pilorik güdük yaklaşık 2-3 cm genişliğinde bırakılmalıdır. Pilor kafının genişliği mide fonksiyonunun daha iyi korunması ile ilişkili bulunmuştur.

Sentinel nod navigasyonu yapılan vakalarda, preoperatif endoskopik izosulfan mavisi enjeksiyonu sonrası yapılacak sınırlı lenfadenektomi



Resim 9: Büyük kurvaturda yerleşmiş, neoadjuvan tedavi sonrası regrese olan büyük bir GIST olgusunda, laparoskopik sleeve gastrektomi.

Bunun yanında bileşkeyi tutmamış distal özefagus tümörlerinde özefagogastrektomi sırasında da tüp gastrektomi uygulanabilir. Bariatrik prosedürden farklı olarak bu prosedürde midenin küçük kurvaturundan başlanarak kesilir ve büyük kurvatur tarafında tüp şeklinde bir mide bırakılarak özefagogastrostomi için uygun tübüler bir mide hazırlanır.

Kaynaklar

1. Hebbard P. Partial gastrectomy and gastrointestinal reconstruction. In: UpToDate, SoybelDI (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed onFebruary 8, 2020.)
2. Kodama M, Koyama K. Indications for pylorus preserving gastrectomy for early gastric cancer located in the middle third of the stomach. *World J Surg* 1991; 15:628–634.
3. Katai H. Function-preserving surgery for gastric cancer. *Int J ClinOncol* 2006 Oct;11(5):357-66
4. Park DJ, Lee HJ, Jung HC, et al. Clinical outcome of pylorus-preserving gastrectomy in gastric cancer in comparison with conventional distal gastrectomy with Billroth I anastomosis. *World J Surg* 2008; 32: 1029.
5. Ishikawa K, Arita T, Ninomiya S, et al. Outcome of segmental gastrectomy versus distal gastrectomy for early gastric cancer. *World J Surg* 2007; 31: 2204.
6. Takeuchi H, Goto O, Yahagi N et al. Gastric Cancer (2017) 20 (Suppl 1): 53. Function-preserving gastrectomy based on the sentinel node concept in early gastric cancer.
7. Symeonidis D, Tepetes K. Techniques and Current Role of Sentinel Lymph Node (SLN) Concept in Gastric Cancer Surgery. *Front Surg*. 2019 Jan 22; 5: 77. doi: 10.3389/fsurg.2018.00077. eCollection 2018
8. Ando S, Tsuji H. Surgical technique of vagus nerve-preserving gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer. *ANZ J Surg*. 2008 Mar;78(3):172-6. doi: 10.1111/j.1445-2197.2007.04396.x
9. Seeras K, Lopez PP. Sleeve Gastrectomy. [Updated 2019 Jan 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519035>.