

POSTGASTREKTOMİ SENDROMLARI

33. BÖLÜM

Ramazan DÖNMEZ¹

ÖZET

Postgastrektomi sendromları geçirilmiş mide operasyonları sonrasında yaklaşık %20 oranında karşımıza çıkan durumlardır. Gastrektomi ve vagotomi ile ilişkili olarak değerlendirilebilir. Genellikle semptomlara yönelik medikal tedavilerle zaman içerisinde düzelirler. Ancak cerrahi sonrası erken dönemde görülen kanama, abse, stomal obstrüksiyon, duodenal güdük sızdırması gibi durumlara hemen müdahale edilmelidir. Özellikle duodenal güdük sızdırması ilk 7 gün içinde karşımıza çıkar ve kliniği çok gürültülüdür. Postgastrektomi sendromlu hastalar gecikmiş mide boşalmasına bağlı oluşan dolgunluk hissi, erken doyma, bulantı kusma ve karın ağrısı şikayetleri ile bizlere müracaat ederler. Karın ağrısı sorgulanırken yemeklerle olan ilişkisi, kusmanın içeriği (safra, kan, gıda) ve yemeklerden ne kadar sonra başladığı önemlidir. Safra reflüsü, özefajit, gastrit veya ülser varlığı fonksiyonel kusuru gösterir. Semptomların şiddeti yapılan cerrahi işleme göre değişir. Rezeksiyon sonrası yapılan rekonstriksiyonun şekli , mekanik obstrüksiyonun varlığı, fonksiyonel kaybın olup olmaması gibi durumlar kliniğin ortaya çıkmasını belirleyen unsurlardır. Özefagus mide duodenum grafleri anastomoz darlığını, lümen içi kitleyi, barsak dirseklenmesini, jejunogastrik invaginasyonu, herniasyonu, stoma ülserini vs göstermede önemlidir. Kontrastlı düz graflerde görülen darlık ve duodenuma geçişte yavaşlama, fonksiyonel bozukluğu da düşündürmelidir. Postgastrektomi sendromlarındaki fizyopatoloji midenin rezervuar kaybı, HCL asit salınımının bozulması, pepsin ve intrinsek faktör salınımındaki kusurlara bağlı olarak açıklanabilir. Tanıda kontrastlı yada düz grafler, sintigrafi, abdominal BT, MR ve endoskopi kullanılır..

GİRİŞ

Postgastrektomi sendromları genel olarak ülser cerrahisi, bariatrik cerrahi, benign ve malign hastalıklarda gastrik rezeksiyon ve rekonstrüksiyonu uygulanmış hastalarda ortaya çıkabilen klinik tablolardır. Aşağıda başlıkları verilen durumların kliniği, fizyopatolojileri, tanı ve tedavi modaliteleri anlatılacaktır.

Postgastrektomi Sendromları

- 1- Dumping Sendromu
- 2- Alkelen Reflü Gastrit
- 3- Metabolik Bozukluklar
- 4- Postvagotomi Diyare
- 5- Postvagotomi Gastrik Atoni
- 6- Küçük Mide Güdüğü Sendromu
- 7- Stomal Ülser
- 8- Roux Sendromu

¹ Uzm. Dr. Ramazan DÖNMEZ Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü donmez3570@gmail.com

yon, steatore, demir ve vit B12 eksikliğine neden olur. Afferent loop sendromu tanısı koymada BT en yararlı görüntüleme yöntemidir. Aort ile mezenterik damarlar arasında orta çizgiyi geçen sıvı dolu tübüler kitle tıkalı afferent loop Resim 1'deki gibi görünür.

Tedavide tipik olarak afferent loop sendromuna neden olan patolojinin cerrahi revizyonu gerekmektedir. Anastomozun striktüroplastisi, stenotik yada nekrotik segment rezeksiyonu, afferent loop fazlalık kısmının rezeksiyonu, afferent ve efferent loplara arasında Braun entero-entero anastomoz düşünülmesi gereken cerrahi seçeneklerdir(32,34). Öncesinde endoskopik olarak dekompresyon faydalı olabilir. Abse drenajı debridman da lüzum halinde yapılmalıdır. İç herniasyonu önlemek için mezenterik boşluklar ve defektler dikişler ile kapatılmalıdır. Afferent loop ile mezokolon arasındaki açıklığın kapatılması gerekmektedir. Panreatikoduodonektomiye nadiren başvurulur (32,34,38). Kanser nüksü veya pankreatite bağlı afferent loop sendromunda çift pigtail kateter veya gastroskop eşliğinde transhepatik metal setentler kullanılabilir (39,40).



Resim 1. Afferent Loop Sendromu BT Görüntüsü (Freeman A.H., Sala E., Radiology of the Stomach and Duodenum , Springer , 2008)

b- Efferent Loop Sendromu: Hastalarda postoperatuvar erken dönemde olabileceği gibi aylar yıllar sonra kronik dönemde de orta-

ya çıkabilir. Karın ağrısı ve safralı kusma kliniği ile müracaat ederler. Karın ağrısı afferent loop sendromundaki gibi kusma ile geçmez. Fizyopatolojisinde internal herni, jejuno-gastrik invaginasyon ve yapışıklılar suçlanmaktadır. Efferent loop sendromuna neden olan obstriksiyon kısmi olarak geçişe izin verir. Klinik tanı afferent loop sendromundaki gibidir fakat ayırımı zordur. Tedavisinde obstriksiyona yönelik cerrahi işlem uygulanır (26,27,41).

KAYNAKLAR

- 1- Van Beek AP, Emous M, Laville M ve ark: Dumping syndrome after esophageal, gastric or bariatric surgery: pathophysiology, diagnosis, and management. Obesity Reviews 18. 68-85, January 2017 doi:10.1111/obr.12467
- 2- Tack J, Arts J, Caenepeel P ve ark. Pathophysiology, diagnosis and management of postoperative dumping syndrome. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2009; 6: 583-590.
- 3- Ng DD, Ferry RJ Jr, Kelly A ve ark. Acarbose treatment of postprandial hypoglycemia in children after Nissen fundoplication. J Pediatr 2001; 139: 877-879
- 4- Boeckxstaens V, Broers C, Tack J ve ark. Late dumping syndrome as a complication of a Nissen fundoplication in adults. Submitted for publication.
- 5- Baptista V, Wassef W. Bariatric procedures: an update on techniques, outcomes and complications. Curr Opin Gastroenterol 2013; 29: 684-693.
- 6- Ersan Y, Ergüney S, Dirican A ve ark: Dumping sendromu ve birlikte olan alkalen reflü gastrit sendromu için düzeltici ameliyatlara. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2003;34(3)
- 7- Misumi H, Hanada K, Murakami A. Postoperative results of distal partial gastrectomy, selective vagotomy plus antrectomy and selective proximal vagotomy for duodenal ulcers. Jpn J Surg. 1989; 19: 708-17
- 8- Donahue PE, Bombeck CT, Condon RT. Proximal gastric vagotomy versus selective vagotomy with antrectomy: Results of a prospective randomized clinical trial after four to twelve years. Surgery, 1984; 96: 585-90
- 9- Hartley MN, Mackie CR. Gastric adaptive relaxation and symptoms after vagotomy Br J Surg. 1991; 78: 24-7
- 10- Mistianen W, Van Hee R, Black P. Gastric emptying for solids in patients with duodenal ulcer before and after highly selective vagotomy. Dig Dis Sci 1990; 35: 310-16
- 11- Carvajal SH, Mulvihill SJ. Postgastrectomy syndromes: Dumping and diarrhea Gastroenterol Clin N Am 1994; 23: 261-79
- 12- Mehagnoul-Schipper DJ, Lenders JW, Willemsen JJ ve ark. Sympathoadrenal activation and dumping syndrome after gastric surgery. Clin Auton Res 2000; 10: 301-8

- 13- Mayer EA, Thompson JB, Jehn D ve ark. Gastric emptying and sieving of solid food and pancreatic and biliary secretion after solid meals in patients with truncal vagotomy and antrectomy. *Gastroenterology* 1982; 83: 184–192.
- 14- Lawaetz O, Blackburn AM, Bloom SR ve ark. Gut hormone profile and gastric emptying in the dumping syndrome. A hypothesis concerning the pathogenesis. *Scand J Gastroenterol* 1983; 18: 73–80.
- 15- Vecht J, Masclee AA, Lamers CB. The dumping syndrome. Current insights into pathophysiology, diagnosis and treatment. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1997; 223: 21–27.
- 16- Tack J. Gastric motor disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21: 633–644.
- 17- MacGregor I, Parent J, Meyer JH. Gastric emptying of liquid meals and pancreatic and biliary secretion after subtotal gastrectomy or truncal vagotomy and pyloroplasty in man. *Gastroenterology* 1977; 72: 195–205.
- 18- Eloy R, Garaud JC, Moody A ve ark. Jejunal factor stimulating insulin release in the isolated perfused canine pancreas and jejunum. *Horm Metab Res* 1975; 7: 461–467.
- 19- Gerard M, Jennifer B, John A. (1999). Süha Aydın (Çev Ed.) *Washington Cerrahi El Kitabı*. Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
- 20- Sigstad H. A clinical diagnostic index in the diagnosis of the dumping syndrome. Changes in plasma volume and blood sugar after a test meal. *Acta Med Scand* 1970; 188: 479–486.
- 21- Mine S, Sano T, Tsutsumi K ve ark. Large-scale investigation into dumping syndrome after gastrectomy for gastric cancer. *J Am Coll Surg* 2010; 211: 628–636.
- 22- Rakıcı H. Alkalen reflü gastrit tanısı ile ursodeoksikolik asit tedavisi almış hastaların tedavi öncesi ve sonrası klinik, endoskopik ve histolojik bulgularının değerlendirilmesi. *Endoskopi Gastrointestinal*. 2017; 25(3): 53-56.
- 23- Uyanıkoğlu A, Davutoğlu C, Danalıoğlu. Mide rezeksiyonlu hastaların endoskopik değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;69:102-104.
- 24- Feldman M, Edward LL, "Gastritis" in Sleisenger and Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology/Diagnosis/Management*, M. Feldman, S. F. Lawrence, and J. B. Lawrence, Eds., pp.880-881, Saunders, Philadelphia, Pa, USA, 10th edition, 2015.
- 25- Pamela J Jensen, Mark Feldman. Acute hemorrhagic erosive gastropathy and chronic chemical gastropathy. Literature review current through: Apr 2017. | This topic last updated: Dec 17, 2015. UpToDate.
- 26- Andersen, DK. Billiar, TR. Dunn DL. at all, (2015) , Postgastrectomy Problems. In F. Charles Brunicaardi (Ed.), *Schwartzs Principles of Surgery* (10th ed., pp. 1090-1095). New York: Mc Graw Hill Education
- 27- Mercer, WD. Robinson EK, (2008) Stomach. In Courtney M. Townsend (Ed.) *Sabiston Textbook of Surgery* (18th ed., pp. 1251-1256). Philadelphia: Elsevier Inc.
- 28- Gowen GF, Campbell RE, Mc Farland MM ve ark. Giant marginal ulcer. *Surg Endosc* 1994;8:107–10.
- 29- Nikolopoulou VN, Konstantinos CT, Theocaris GI ve ark. Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: outcome of 105 cases. *World J Gastroenterol* 2005;11:4570–3
- 30- Gastroparesis: pathophysiology, presentation and treatment. Henry PP, Mc Callum RW, editors. Humana Press Ed.;2012. p:193–202.
- 31- Su PY, Yen HH, Chen YY. An Unusual Cause of Abdominal Pain in a 86-Year-Old Woman. *Gastroenterology*. 2012;142(1):e24–5.
- 32- Lee MC, Bui JT, Knuttinen MG ve ark. Enterolith Causing Afferent Loop Obstruction: A Case Report and Literature Review. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2009;32(5):1091–6.
- 33- Yao NS, Wu CW, Tiu CM ve ark. Percutaneous Transhepatic Duodenal Drainage as an Alternative Approach in Afferent Loop Obstruction with Secondary Obstructive Jaundice in Recurrent Gastric Cancer. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 1998;21(4):350–3.
- 34- Mitty WF, Jr, GC, Nealon TF ve ark. Chronic afferent loop syndrome. *Ann Surg*. 1970;172(6):996–1001
- 35- Ballas KD, Rafailidis SE, Konstantinidis HD ve ark. Acute afferent loop syndrome: a true emergency: a case report. *Acta Chir Belg*. 2009;109:101–103
- 36- Bastable JR, Huddy PE. Retro-anastomotic hernia. Eight cases of internal hernia following gastrojejunal anastomosis, with a review of the literature. *Br J Surg*. 1960;48:183–189.
- 37- Mithofer K, Warshaw AL. Recurrent acute pancreatitis caused by afferent loop stricture after gastrectomy. *Arch Surg*. 1996;131:561–565.
- 38- Kim DJ, Lee JH, Kim W. Afferent loop obstruction following laparoscopic distal gastrectomy with Billroth-II gastrojejunostomy. *J Korean Surg Soc*. 2013 May; 84(5): 281–286
- 39- Kim HJ, Kim JW, Kim KH ve ark. A case of afferent loop syndrome treated by endoscopic drainage procedure using nasogastric tube. *Korean J Gastroenterol*. 2007;49:173–176.
- 40- Burdick JS, Garza AA, Magee DJ ve ark. Endoscopic management of afferent loop syndrome of malignant etiology. *Gastrointest Endosc*. 2002;55:602–605.
- 41- Juan YH, Yu CY, Hsu HH ve ark. Using multidetector-row CT for the diagnosis of afferent loop syndrome following gastroenterostomy reconstruction. *Yonsei Med J* 2011; 52: 574-580 [PMID: 21623598 DOI: 10.3349/ymj.2011.52.4.574]