

PROKSİMAL GASTRİK VAGOTOMİ

Veli Kürşat ÇAYHAN¹

GİRİŞ

Peptik ülser hastalığı ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar coğrafik farklılıklar gösterse de giderek prevalansında azalma gözlemlenmektedir.1993-2006 yılları arasında yapılan geniş çaplı bir çalışmada peptik ülserle bağlı başvuruda yaklaşık %30 bir azalma görülmüş olup özellikle bu düşüş duodenal ülserle bağlı başvuruda daha da fazladır. Buna sebep olarak da H.pylori testlerinde artış ve daha potent ilaçların kullanılması gösterilmiştir.(1) Peptik ülser hastalığına bağlı komplikasyonlar gelişmesinde Nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar(NSAİ) kullanımı,H.pylori enfeksiyonu ve ülserin 1 cm'den büyük olması risk faktörleri olup proton pompa inhibitörleri(PPI) kullanımı ülserle bağlı kanamayı azaltmaktadır. (2) Günümüzdeki potent ilaçların kullanımı ve endoskopik tetkiklerin yaygınlaşması sayesinde peptik ülserle bağlı komplikasyonlar nedeniyle bağlı cerrahi gerekliliği belirgin azalmıştır.

Gerçek anlamda ilk başarılı vagotomi 1943 yılında Lester Dragstedt tarafından uygulanmış olup sol torakotomi ile bilateral trunkal vagotomi operasyonu uygulanmış ve hastanın semptomlarında belirgin düzelme olması nedeniyle 1945

yılına kadar 60 hastaya aynı prosedürü uygulanmış ancak bazı hastalarda mide boşalma güçlüğü görülmesi nedeniyle prosedüre piloroplasti de eklenmiştir. (3,4,5)

ENDİKASYONLAR

Peptik ülserle bağlı komplikasyonlarda güncel cerrahi girişim endikasyonları şu şekildedir:

1. Endoskopik tedaviye yanıtız kanama olup kanama peptik ülser hastalığının en yaygın komplikasyonudur.Yaklaşık insidans %0,1'dir
2. Perforasyon ikinci en sık endikasyon olup mortaliteyle en ilişkili komplikasyondur.Yaklaşık insidans %0,01'dir.
3. Ülserle bağlı skar dokusunun obstrüksiyon yaratması
4. Nadir olarak yoğun medikal tedaviye yanıtızlık
5. Tedaviye ve negatif biopsilere rağmen kanserin dışlanamaması

Farklı endikasyonlar farklı cerrahi prosedürler gerektirmekle birlikte burada cerrahın tecrübesi ve hastanın operasyon öncesi durumu cerrahi prosedürün seçiminde anahtar rol oynamaktadır.

Nervus vagusun fizyolojik öneminin anlaşılmasından sonra vagotominin direkt kolinerjik

¹ Op. Dr., Sivas Numune Hastanesi , kursatcayhan@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1346-3082

- » Özefagus duvarında hasarlanma ve perforasyon
- » Küçük kurvatur disseksiyonu sırasında buradaki damarlarda kanama

Postoperatif

Gecikmiş mide boşalması:Daha çok trunkal vagotomide görülmekle birlikte eğer ki "crow's foot" sinirlerinin hasar görmesi halinde katı gıdaların geçişi esnasında pilor gevşeyemediği için oluşur. Bu durumda drenaj prosedürleri gerekebilir.(21)

Postvagotomi diyare:Bu komplikasyon unkonjuge bilirubin tuzlarının kolona girip osmotik diyare yapması nedeniyle görünür.Daha çok trunkal vagotomide görünse de proksimal gastrik vagotomide de görülebilir.İlk etapta antidiyareik ilaçlarla tedavi denenmeli(22).Bu yeterli gelmezse antiperistaltik jejunal interpozisyon grefti yapılabilir.(23)

Ülser rekürrensi:Bu komplikasyon genellikle yetersiz vagal denervasyon nedeniyle ortaya çıkar ve trunkal vagotomide daha az görülmektedir. Daha çok selektif vagotomilerde görülmekle birlikte genelde Grassi'nin kriminal sinirinin kesilememesi altta yatan sebeplerin başındadır.Trunkal vagotomi sonrası görüldüğünde denervasyonun eksik olduğu düşünülüyorsa supradiafragmatik vagotomi yapılır.Eğer ki selektif vagotomiler sonrası ortaya çıktıysa operasyon trunkal vagotomiye çevirilebilir.Ayrıca antrektomi eklenerek ülser rezeke edilebilir.(24)

Postvagotomi hipergastrinemi:Pariyetal hücrelerden salgılanan asit miktarı azaldıkça negatif feed-back mekanizmaların ortadan kalkması nedeniyle G hücre hiperplazisi ve hipergastrinemi görülebilir.

Dumping sendromu:Genelde vagotomiye antrektomi veya diğer drenaj prosedürleri eklendiğinde görülür.Ancak sadece vagotomi sonrası fundus relaksasyonu bozulduğu için de görülebilir.Pilor olmadığı zaman yüksek kalorili gıdaların duodenal veya jejunal mukozaya geçişi sonrası intralüminal onkotik basınç artışına bağlı lüme-

ne sıvı geçişi nedeniyle erken olabildiği gibi(gıda alımı sonrası 15-30 dakika sonra) reaktif hipoglisemi nedeniyle geç(gıda alımı sonrası 2-3 saat sonra) olarak da görülebilir.

KAYNAKLAR

1. Groenen MJ, Kuipers EJ, Hansen BE, Ouwendijk RJ. Incidence of duodenal ulcers and gastric ulcers in a Western population: back to where it started. *Can J Gastroenterol.* 2009;23(9):604-608.
2. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease:incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion.* 2011;84(2):102-113.
3. Modlin IM, Darr U. The centenary of Lester Dragstedt—fifty years of therapeutic vagotomy. *Yale J Biol Med.* 1994;67(3-4):63-80.
4. Gustafson J, Welling D. "No acid, no ulcer" 100 years later: a review of the history of peptic ulcer disease. *J Am Coll Surg.* 2010;210:110-116.
5. Dragstedt LR. Vagotomy for gastroduodenal ulcer. *Ann Surg.* 1945;122:973-989.
6. Palanivelu C. Laparoscopic management of acid peptic disease. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006 Oct;16(5):312-6
7. Siim C, Lublin HK, Jensen HE. Selective gastric vagotomy and drainage for duodenal ulcer: a 10-13-year follow-up study. *Ann Surg.*1981;194(6):687-691
8. van Heerden JA, Kelly KA, Dozois RR, et al. Proximal gastric vagotomy.Initial experience. *Mayo Clin Proc.* 1980;55(1):10-13.
9. Chan VM, Reznick RK, O'Rourke K, Kitchens JM, Loring AG, Detsky AS. Meta-analysis of highly selective vagotomy versus truncal vagotomy and pyloroplasty in the surgical treatment of uncomplicated duodenal ulcer. *Can J Surg.* 1994;37:457-464.
10. Jordan PH Jr, Thornby J. Twenty years after parietal cell vagotomy or selective vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer.Final report. *Ann Surg.* 1994;220(3):283-293; discussion 293-296
11. Taylor TV, Lythgoe JP, McFarland JB, Gilmore IT, Thomas PE, Ferguson GH. Anterior lesser curve seromyotomy and posterior truncal vagotomy versus truncal vagotomy and pyloroplasty in the treatment of chronic duodenal ulcer. *Br J Surg.* 1990;77(9):1007-100
12. Oostvogel HJ, van Vroonhoven TJ. Anterior lesser curve seromyotomy with posterior truncal vagotomy versus proximal gastric vagotomy.*Br J Surg.* 1988;75(2):121-124
13. Hallenbeck GA, et al. Proximal gastric vagotomy: effects of two operative techniques on clinical and gastric secretory results. *Ann Surg.*1976;184:435-442.
14. Johnston D, Wilkinson A. Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. *Br J Surg.* 1970;57:289-296.
15. Grassi G. Highly selective vagotomy with intraoperative acid secretive test of completeness of vagal section. *Surg Gynecol Obstet.* 1975;140:259-264.
16. Dallemagne B, et al. Laparoscopic highly selective vagotomy. *Br J Surg.*1994;81:554-556.
17. Cadiere GB, et al. Laparoscopic highly selective vagotomy. *Hepatogastroenterology.*1999;46(27):1500-1506

18. Taylor TV, et al. Anterior lesser curve seromyotomy and posterior truncal vagotomy versus truncal vagotomy and pyloroplasty in the treatment of chronic duodenal ulcer. *Br J Surg*. 1990;77:1007–1009.
19. Petrakis I, Vassilakis SJ, Chalkiadakis G. Anterior lesser curve seromyotomy using a stapling device and posterior truncal vagotomy for the treatment of chronic duodenal ulcer: long term results. *J Am Coll Surg*. 1999;188:623–628
20. Katkhouda N, Heimbucher J, Mouiel J. Laparoscopic posterior truncal vagotomy and anterior seromyotomy. *Semin Laparosc Surg*. 1994;1:154–160
21. Johnston D. Operative mortality and postoperative morbidity of highly selective vagotomy. *Br Med J*. 1975 Dec 06;4(5996):545-7
22. Talor TV, Lambert ME, Torrance HB. Value of bile-acid binding agents in post-vagotomy diarrhea. *Lancet* 1978 Mar 25;1(8065):635-6
23. Lagoo J, Pappas TN, Perez A. A relic or still relevant: the narrowing role for vagotomy in the treatment of peptic ulcer disease. *AM J Surg* 2014 Jan;207(1):120-6
24. Hejazi RA, Patil H, McCallum RW. Dumping syndrome: establishing criteria for diagnosis and identifying new etiologies. *Dig Dis Sci* 2010 Jan;55(1):117-23