

## TOTAL GASTREKTOMİ

Ali DURAN<sup>1</sup>

## GİRİŞ

Total Gastrektomi, duodenum ile özefagus arasında kalan mide dokusunun tamamen eksize edilmesidir. Mide karsinomu, tedaviye cevap vermeyen mide lenfoması, tedaviye yanıtız gastroparezi, küçük kurvatur tarafında özefagustan başlayıp distale uzanan ve tedaviye yanıtız ülserler, dev gastrointestinal tümörler ve geniş nekroza neden olan dolaşım bozuklukları gibi durumlarda total gastrektomi yapılabilmektedir. Total Gastrektomi karsinom nedeniyle yapıldı ise bu işleme omentektomi ve lenf nodu diseksiyonu da eklenmektedir (1-3). Burada amaç mide dokusunu, omentumu ve bölgesel lenf bezlerini piyese dahil etmek ve onkolojik prensiplere uyarak rezeksiyonu tamamlamaktır (4-7).

Total Gastrektomi ameliyatında iyi bir görüntü alanı sağlamak çok önem arz etmektedir. Bu nedenle de yapılacak kesiye operasyondan önce karar vermek gerekmektedir. Tümörün yerleşimine göre kesi yapılması operasyon sırasında kolaylık sağlayacaktır. Önceden yapılmış olan endoskopi ve görüntüleme yöntemleri bu konuda fikir vermektedir (1). Distal mide kanserlerinde transvers kesi postoperatif dönemde ağrı, pnömoni ve barsak hareketlerinin hızlı geri dönmesi

konularında avantaj sağlamakla birlikte proksimal tümörlerde aynı avantajı sağlamamaktadır (8). Proksimal mide kanserlerinde, kardioözefageal tümörlerde ve distal özefagus tümörlerinde ise sol torakoabdominal insizyon mükemmel derecede iyi görüş sağlamaktadır. Ancak postoperatif ağrı, uzun süre hastanede yatış, pnömoni ve solunum fonksiyon bozuklukları gibi dezavantajlara sahiptir (9). Günümüzde total gastrektomi ameliyatlarında genellikle orta hat insizyon, daha az sıklıkta ise bilateral subkostal ya da chevron insizyon kullanılmaktadır.

## PREOPERATİF HAZIRLIK

Hastalar operasyon öncesinde multidisipliner olarak değerlendirilmeli, operasyon esnasında ve postoperatif dönemde ortaya çıkabilecek problemlere önceden önlemler alınmalıdır. Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı gibi kronik hastalıklar, karaciğer ve böbrek yetmezliği gibi durumlar perioperatif ve postoperatif dönemde ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Hastalar operasyon öncesinde ilgili bölümlere konsülte edilmelidir. Ayrıca hastaların protein ve ilgili nutrient depolarının da yeterli olduğundan emin olmak gerekmektedir. Oral alımı yeterli olan hastalara

<sup>1</sup> Doç. Dr., Balıkesir Üniversitesi Genel Cerrahi AD., g.cerrahad@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-2567-5317

sunda hastalara ayrıntılı bilgi verilmelidir. Teknolojinin gelişmesiyle her alanda olduğu gibi mide cerrahisi konusunda da gelişmeler olmuş laparoskopik ve robotik cerrahiler günümüzde hız kazanmıştır. Minimal invaziv yöntemlerde ilerleme olmasına rağmen bu cerrahilere uygun olmayan hastaların konvansiyonel cerrahi ile opere edileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle bu bölümde açık cerrahi teknik üzerinde durulmuştur.

## KAYNAKLAR

- Zinner M.J, Ashley S.W, Hines O.J. Maingot's Abdominal Operations. (13.Edition). New York. McGraw-Hill Education.2019
- Russell MC, Hsu C, Mansfield PF. Primary gastric malignancies. In: Anderson MD, ed. Surgical Oncology Handbook. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- Dudeja V, Choi E, Al-Refaie WB. Total gastrectomy for cancer. Operative Techniques in Gastrointestinal Surgery. Part II. Pennsylvania, PA: Wolters Kluwer; 2014:42.
- Mikulicz-Radecki J. Small contributions to the surgery of the intestinal tract. Trans Am Surg Assoc. 1903;21:124.
- Ke CW, et al. Extraluminal laparoscopic wedge resection of gastric submucosal tumors: a retrospective review of 84 cases. Surg Endosc. 2010;24:1962-1968.
- Sokolich J, et al. Expanding the indications for laparoscopic gastric resection for gastrointestinal stromal tumors. JSLs. 2009;26(2):165-169. 7. Tabrizian P, Nguyen SQ, Divino CM. Laparoscopic management and long-term outcomes of gastrointestinal stromal tumors. J Am Coll Surg. 2009;208(1):80-86.
- Inaba T, Okinaga K., Fukushima R. et al. Prospective randomized study of two laparotomy incisions for gastrectomy: midline incision versus transverse incision. Gastric Cancer, 2004; (7), 167-171.
- Sundaresan, S. Left thoracoabdominal incision. Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery, 2003; 8(2), 71-85.
- Pędziwiatr M., Mavrikis J., Witowski J. et al. Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery. Medical Oncology, 2018; 35, 1-8.
- Anderson C., Ellenhorn J., Hellan M. et al. Pilot series of robot-assisted laparoscopic subtotal gastrectomy with extended lymphadenectomy for gastric cancer. Surgical endoscopy, 2007;21, 1662-1666.
- Mezahir J.J., Shah M.A., Jacks L.M. et al. Positive peritoneal cytology in patients with gastric cancer: natural history and outcome of 291 patients. Ann Surg Oncol, 2011;17, 313-318
- Smyth E.C., Verheij M., Allum W. et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann. Oncol. 2016; 27, v38- v49
- Toriumi T., & Terashima M. Disadvantages of complete No. 10 lymph node dissection in gastric cancer and the possibility of spleen-preserving dissection. Journal of Gastric Cancer, 2020; 20(1), 1.
- Hasegawa S., Yamamoto Y., Taguri M. et al. A randomized phase II trial of omentum-preserving gastrectomy for advanced gastric cancer. Japanese journal of clinical oncology, 2013; 43(2), 214-216.
- Cerci C., Eroglu E., Sutcu R. et al. Effects of omentectomy on the peritoneal fibrinolytic system. Surgery today, 2008; 38, 711-715.
- National Comprehensive Cancer Network (2019) Gastric cancer (version 2.2022). Retrieved from [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/gastric.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf)
- Pugliese R., Maggioni D., Sansonna F. et al. Total and subtotal laparoscopic gastrectomy for adenocarcinoma. Surgical endoscopy, 2007; 21, 21-27.
- Kim S.Y., Nam S.H., Min J. S. et al. Laparoscopic reinforcement suture on staple-line of duodenal stump using barbed suture during laparoscopic gastrectomy for gastric cancer. Annals of Surgical Treatment and Research, 2017; 93(6), 305-309.
- Arrington A.K., Nelson R., Chen S.L. et al. The evolution of surgical technique for total gastrectomy over a 12-year period: a single institution's experience. The American Surgeon, 2012; 78(10), 1054-1058.
- Yamamoto M., Rashid O.M., Wong J. Surgical management of gastric cancer: the East vs. West perspective. Journal of gastrointestinal oncology, 2015; 6(1), 79.
- Chong-Wei K., Dan-Lei C., Dan D. A modified technique for esophagojejunostomy or esophagogastronomy after laparoscopic gastrectomy. Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques, 2013;23(3), e109-e115.
- Lee I. S., Kim T.H., Kim K.C. et al. Modified techniques and early outcomes of totally laparoscopic total gastrectomy with side-to-side esophagojejunostomy. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 2012; 22(9), 876-880.
- Kosuga T., Hiki N., Nunobe S. et al. Does the single-stapling technique for circular-stapled esophagojejunostomy reduce anastomotic complications after laparoscopic total gastrectomy?. Annals of surgical oncology, 2015; 22, 3606-3612.
- Piessen G., Triboulet J.P., Mariette C. Reconstruction after gastrectomy: which technique is best?. Journal of visceral surgery, 2010; 147(5), e273-e283.
- Triboulet J.P. Chirurgie du tube digestif haut. Elsevier Masson. (2007).
- Collard J.M., & Romagnoli, R. Roux-en-Y jejunal loop and bile reflux. The American journal of surgery, 2000; 179(4), 298-303.
- Uslar R.A., Molina H., Torres O. et al. Total gastrectomy with or without abdominal drains. A prospective randomized trial. Revista Espanola de Enfermedades Digestivas, 2005; 97(8), 562.
- Mengardo V., Weindelmayr J., Veltri A. et al. Current practice on the use of prophylactic drain after gastrectomy in Italy: the Abdominal Drain in Gastrectomy (ADiGe) survey. Updates in Surgery, 2022;74(6), 1839-1849.