

Anastomoz Kaçakları

B. ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ANASTOMOZ KAÇAKLARI: CERRAHİ YAKLAŞIM

Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU
Erdal Birol BOSTANCI

GİRİŞ

Özofajektomi ve gastrektomi, özofagus ve midenin sıklıkla malign ve daha az oranda benign hastalıklarında uygulanan cerrahi prosedürlerdir. Aynı şekilde pankreas cerrahisi de üst gastrointestinal sistemin önemli morbiditeye sahip operasyonlarının başında gelir. Bu prosedürler sonrasında gelişebilen anastomoz kaçakları, cerrahların oldukça çekindiği ve hastanın yaşamını tehdit edebilen komplikasyonlardan biridir. Bu nedenle, majör cerrahi prosedürlerden sonra gelişen anastomoz kaçaklarına yaklaşım multidisipliner bir takım yönetimi gerektirir. Bu multidisipliner takım içerisinde cerrah, endoskopist ve girişimsel radyolog mutlaka yer almalıdır. Hastanın genel durumu bozulmadan erken ve agresif bir tedavi yaklaşımı hayati önem taşır. Yaklaşım özellikle, anastomoz lokalizasyonu, kaçak tanısının konma süresi, anastomoz defektinin genişliği, varsa kondüitin perfüzyon/iskemi/nekroz durumu, çevre organların durumu, klinik semptomlar gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Hastaların çoğunda sadece minör bir kaçak mevcuttur ve bu hastalar asemptomatik olabilir. Konservatif ve endoskopik tedavideki ilerlemelere paralel olarak bu tip seçilmiş hastalarda ilk tercih edilen tedavi yaklaşımı da konservatif ya da endoskopik tedavidir ve cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulmaz (1). Bu duruma rağmen cerrahi müdahale için bazı endikasyonlar bulunmaktadır ve cerrah, hastanın gidişatını tehlikeye sokmadan gerekli ve doğru cerrahi tedavi kararını verebilmekte aceleci davranmalıdır.

Anastomoz kaçağı nedeni ile hastaya revizyon cerrahisine gerek duyulduğunda ise bazı temel prensiplerin karşılanması gerekmektedir. İlk olarak tedavi kararını verebilmek için anastomoz alanının eksplorasyonu ve kaçağın genişliği ile potansiyel iskemi/nekroz alanlarının saptanması şarttır. İkincisi, sepsis kontrolü için abdomenin ve özofagus ameliyatlarında torasik

KAYNAKLAR

1. Schaheen L, Blackmon SH, Nason KS. Optimal approach to the management of intrathoracic esophageal leak following esophagectomy: a systematic review. *Am J Surg*. 2014;208(4):536-543.
2. Lindner K, Fritz M, Haane C, Senninger N, Palmes D, Hummel R. Postoperative complications do not affect long-term outcome in esophageal cancer patients: reply. *World J Surg*. 2015;39(5):1322-1324.
3. Rutegård M, Lagergren P, Rouvelas I, Lagergren J. Intrathoracic anastomotic leakage and mortality after esophageal cancer resection: a population-based study. *Ann Surg Oncol*. 2012;19(1):99-103.
4. Guo J, Chu X, Liu Y, Zhou N, Ma Y, Liang C. Choice of therapeutic strategies in intrathoracic anastomotic leak following esophagectomy. *World J Surg Oncol*. 2014;12:402.
5. Low DE, Alderson D, Cecconello I, et al. International consensus on standardization of data collection for complications associated with esophagectomy: Esophagectomy complications consensus group (ECCG). *Ann Surg*. 2015;262(2):286-294.
6. Lerut T, Coosemans W, Decker G, De Leyn P, Naftoux P, van Raemdonck D. Anastomotic complications after esophagectomy. *Dig Surg*. 2002;19(2):92-98.
7. Loske G. Endoscopic negative pressure therapy of the upper gastrointestinal tract. Endoskopische unterdrucktherapie am oberen Gastrointestinaltrakt. *Chirurg*. 2019;90(Suppl 1):1-6.
8. Crestanello JA, Deschamps C, Cassivi SD, et al. Selective management of intrathoracic anastomotic leak after esophagectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005;129(2):254-260.
9. Turkyilmaz A, Eroglu A, Aydin Y, Tekinbas C, Muharrem Erol M, Karaoglanoglu N. The management of esophagogastric anastomotic leak after esophagectomy for esophageal carcinoma. *Dis Esophagus*. 2009;22(2):119-126.
10. Jones CE, Watson TJ. Anastomotic leakage following esophagectomy. *Thorac Surg Clin*. 2015;25(4):449-459.
11. Dickinson KJ, Blackmon SH. Management of conduit necrosis following esophagectomy. *Thorac Surg Clin*. 2015;25(4):461-470.
12. Watanabe M, Miyata H, Gotoh M, et al. Total gastrectomy risk model: data from 20,011 Japanese patients in a nationwide internet-based database. *Ann Surg*. 2014;260(6):1034-1039.
13. Selby LV, Vertosick EA, Sjoberg DD, et al. Morbidity after total gastrectomy: Analysis of 238 patients. *J Am Coll Surg*. 2015;220(5):863-871.e2.
14. Tu RH, Lin JX, Zheng CH, et al. Development of a nomogram for predicting the risk of anastomotic leakage after a gastrectomy for gastric cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2017;43(2):485-492.
15. Makuuchi R, Irino T, Tanizawa Y, Bando E, Kawamura T, Terashima M. Esophagojejunal anastomotic leakage following gastrectomy for gastric cancer. *Surg Today*. 2019;49(3):187-196.
16. Shim CN, Kim HI, Hyung WJ, et al. Self-expanding metal stents or nonstent endoscopic therapy: which is better for anastomotic leaks after total gastrectomy?. *Surg Endosc*. 2014;28(3):833-840.
17. Keck T, Wellner UF, Bahra M, et al. Pancreatogastrostomy versus pancreaticojejunostomy for RECONstruction after PANCreatoduodenectomy (RECO-PANC,

- DRKS 00000767): Perioperative and long-term results of a multicenter randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2016;263(3):440-449.
18. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery.* 2017;161(3):584-591.
 19. Kamo M, Miyazawa R, Nisiyama T, Nakamura K, Yagihashi K. Percutaneous transgastric pancreatic duct drainage for pancreaticojejunal leak after pancreaticoduodenectomy. *Diagn Interv Radiol.* 2019;25(6):471-472.