

Anastomoz Kaçakları

D. ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ANASTOMOZ KAÇAKLARI: CERRAHİ YAKLAŞIM

Mehmet Yiğit ÖZGÜN
Yusuf ÖZOĞUL

GİRİŞ

Alt gastrointestinal sistem cerrahisinde anastomoz kaçakları, hastaların hastanede yatış sürelerini uzatmak, lokal rekürrensi arttırmak ve taburculuk sonrası hastaneye tekrar başvuruyu arttırmak gibi morbiditeyi arttıran sebeplere yol açması yanı sıra, hastaları peritonit, pelvik sepsis ve multi-organ yetmezliği gibi tablolara sokarak mortaliteyi de arttırmaktadır (1). William Stewart Halsted'in (1852-1922) anastomozun sağlamlığını submukoza tabakasının sağladığını kanıtladığı zamanlardan bu yana anastomoz kaçakları için farklı tanımlar yapılmıştır (2). Bu farklı tanımlara ve risk faktörlerine göre kolorektal anastomoz kaçak oranları da %6-30 arasında farklılık göstermektedir (3). *Uluslararası Rektal Kanser Çalışma Grubu* 2010 yılında, anastomoz kaçaklarını tanımlama ve evreleme için bir konsensus yayımlamıştır. Buna göre kaçak; kolon ve rektum arasında, kolon ve anüs arasında veya j poş içeren anastomozlarda, bağırsak duvarının intralüminal ve ekstralüminal kompartmanların birleşimindeki defekt olarak tanımlanmıştır. Ayrıca bazı yazarlar pelvik apsenin de anastomoz kaçağı olarak değerlendirilmesi gerektiğini önermişlerdir (4). Anastomoz kaçakları 3 evreye ayrılmıştır (4). *Grade A* anastomotik kaçaklar, radyolojik kaçak olarak da isimlendirilir ve klinik sorun oluşturmeyen ve sadece rektal kontrastlı incelemelerde fark edilebilen kaçaklardır. *Grade B* kaçaklar, cerrahi müdahale gerektirmeyen medikal tedavi veya girişimsel endoskopik stent uygulanarak yönetilebilen hasta grubunu oluşturur. *Grade C* anastomoz kaçağı olan hastalar ise re-laparotomi gerektiren ve genel durumu bozuk olan hasta grubudur (Tablo 1). İlk operasyonda diversiyon stoma açılmış olan hastalarda gelişen anastomoz kaçaklarında re-operasyon nadiren gerekmektedir (5). Bu tür diversiyon stoması olan hastalar ile diversiyon stoması olmayan fakat re-operasyon gerektirmeyen (*Grade A* ve *B*) hastalar transanal veya perkütan drenaj yöntemleri, endoskopik klip veya stent yerleştirilmesi ve

dığından karın içeriğinin görülebilesidir. Cilt laserasyonları, hastanın rahat mobilize edilememesi, sıvı kayıplarının çok olması ve hipotermi ciddi dezavantajlarıdır.

Barker tekniği: Vakumlu bir sistemdir. Bağırsaklar üzerine koruyucu bariyer örtü yerleştirilerek üzerine kompresler yerleştirilir ve emici drenler yardımı ile aspirasyon yapılır. Basit ve ucuz bir yöntemdir. Fakat karın içindeki komplikasyon ve kanamaların görülmesini zorlaştırmaktadır.

VAC (Vakum yardımlı kapama): Özel bir köpük ve koruyucu örtü ile karın içindeki sıvı, apse gibi sıvıları negatif basınç kullanarak aspire eden bir sistemdir. Diğer yöntemlere göre üstünlükleri gösterilse de fistül, intra abdominal kanama, toksik şok sendromu ve trombozis gibi komplikasyonlar bildirilmiştir.

EKSTRAPERİTONEAL ANASTOMOZ KAÇAKLARI

Ekstraperitoneal ve alt seviyeli anastomoz kaçaklarında generalize peritonit ve intraabdominal sepsis bulguları var ise intraperitoneal kaçaklar gibi tedavi edilirler. Acil karın eksplorasyonu ve lavaj+ drenaj tedavisi ve saptırıcı loop stoma uygulanır. Peritonit kliniği olmayan ve pelvis sınırlı apse kavitesi olan hastalarda anestezi altında litotomi pozisyonunda digital muayene ve transanal işlemler uygulanabilir. Apse kavitesi içine anastomozdaki açıklıktan irrigasyonlu veya irrigasyonsuz drenaj kateteri ilerletilerek fistül riski çok düşük şekilde drenaj sağlanabilir (10,20). Bu hastalarda daha sonra gelişebilen perianastomotik sinüs formasyonu diversiyon ostomisinin kapatılmasını geciktirebilir (20).

KAYNAKLAR

1. Tsai YY, Chen WT. Management of anastomotic leakage after rectal surgery: a review article. *J Gastrointest Oncol*. 2019;10(6):1229-1237.
2. Bruce J, Krukowski ZH, Al-Khairi G, Russell EM, Park KG. Systematic review of the definition and measurement of anastomotic leak after gastrointestinal surgery. *Br J Surg*. 2001;88(9):1157-1168.
3. Thomas MS, Margolin DA. Management of colorectal anastomotic leak. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29(2):138-144.
4. Rahbari NN, Weitz J, Hohenberger W, et al. Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer. *Surgery*. 2010;147(3):339-351.
5. Blumetti J, Abcarian H. Management of low colorectal anastomotic leak: Preserving the anastomosis. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7(12):378-383.
6. Rottoli M, Di Simone MP, Vallicelli C, et al. Endoluminal vacuum-assisted therapy as treatment for anastomotic leak after ileal pouch-anal anastomosis: a pilot study. *Tech Coloproctol*. 2018;22(3):223-229.
7. Lamazza A, Sterpetti AV, De Cesare A, et al. Endoscopic placement of self-expanding stents in patients with symptomatic anastomotic leakage after colorectal

- resection for cancer: long-term results. *Endoscopy*. 2015;47(3):270-272.
8. McDermott F D, Arora S, Smith J, Steele R J C, Carlson G L, Winter D C, Issues in professional practice prevention, diagnosis and management of colorectal anastomotic leakage, march 2016 *Association of Surgeons of Great Britain and Ireland*
 9. Thornton M, Joshi H, Vimalachandran C, et al. Management and outcome of colorectal anastomotic leaks. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26(3):313-320.
 10. Phitayakorn R, Delaney CP, Reynolds HL, et al. Standardized algorithms for management of anastomotic leaks and related abdominal and pelvic abscesses after colorectal surgery. *World J Surg*. 2008;32(6):1147-1156.
 11. Ordoñez CA, Puyana JC. Management of peritonitis in the critically ill patient. *Surg Clin North Am*. 2006;86(6):1323-1349.
 12. Joh YG, Kim SH, Hahn KY, et al. Anastomotic leakage after laparoscopic proctectomy can be managed by a minimally invasive approach. *Dis Colon Rectum*. 2009;52(1):91-96.
 13. Lindgren R, Hallböök O, Rutegård J, et al. What is the risk for a permanent stoma after low anterior resection of the rectum for cancer? A six-year follow-up of a multicenter trial. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(1):41-47.
 14. Mala T, Nesbakken A. Morbidity related to the use of a protective stoma in anterior resection for rectal cancer. *Colorectal Dis*. 2008;10(8):785-788.
 15. El-Tawil, S., Shenker, N., Ahmed, K., & Carapeti, E. The double-barrelled ileo-colostomy: A novel method of defunctioning in complex crohn's surgery P160. *Colorectal Disease*, 2007; 9.
 16. Kairaluoma M, Rissanen H, Kultti V, et al. Outcome of temporary stomas. A prospective study of temporary intestinal stomas constructed between 1989 and 1996. *Dig Surg*. 2002;19(1):45-51.
 17. van Ruler O, Mahler CW, Boer KR, et al. Comparison of on-demand vs planned relaparotomy strategy in patients with severe peritonitis: a randomized trial. *JAMA*. 2007;298(8):865-872.
 18. Lamme B, Boermeester MA, Belt EJ, et al. Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis. *Br J Surg*. 2004;91(8):1046-1054.
 19. Ribeiro Junior MA, Barros EA, de Carvalho SM, et al. Open abdomen in gastrointestinal surgery: Which technique is the best for temporary closure during damage control?. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8(8):590-597.
 20. Shalaby M, Thabet W, Buonomo O, et al. Transanal tube drainage as a conservative treatment for anastomotic leakage following a rectal resection. *Ann Coloproctol*. 2018;34(6):317-321.