

Bariatrik Cerrahi Komplikasyonları

B. CERRAHİ YAKLAŞIM

Erol PIŞKIN
Musa AKOĞLU

GİRİŞ

Obezite ve obezite ile ilişkili komorbiditelere karşı en etkili tedavi yönteminin bariatrik cerrahi olduğunun görülmesi üzerine, bariatrik cerrahi hızla popülerleşmiş ve dünya çapında yaygın olarak uygulanmaya başlamıştır. Bütün cerrahi prosedürlerde olduğu gibi bariatrik cerrahide de komplikasyon gelişme riski mevcuttur. Bu hastalar obezitenin neden olduğu birçok komorbid hastalığa sahiptir. Kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom gibi pekçok komorbid duruma yatkın olmaları ve rezervlerinin düşük olması nedeni ile komplikasyon gelişmesi durumunda normal popülasyona göre obez hastalarda daha yüksek morbidite ve mortalite görülmesi kaçınılmazdır.

Gastrointestinal Aciller kitabının bu bölümünde bariatrik cerrahi komplikasyonlara cerrahi yaklaşımı kısaca özetlemeyi amaçlamaktayız.

KAÇAK VE FİSTÜL

Gastrointestinal kaçaklar, önemli mortalite ve morbidite problemlerine yol açmaları nedeniyle bariatrik cerrahinin en korkulan komplikasyonlarından biridir. Literatürde *Roux-N-Y Gastrik By-pass* (RNYGB) sonrasında %0,8 ve *Sleeve Gastrektomi* (SG) sonrasında %0,7 oranında kaçak riski bildirilmiştir (1-2). Erken tanı konulması ve erken girişim uygulanması, sistemik inflamatuvar yanıt ve sonrasında septik şoka ilerlemeyi engellemek için önemli rollere sahiptir. Kaçak için teknik risk faktörleri çoğunlukla anastomoz gerginliği, stapler hattında kanama ve iskemik doku varlığı gibi durumları içerir. Ayrıca karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği ve sigara içme öyküsü de kaçak riskini arttıran, hasta ile ilgili faktörlerdir.

RNYGB sonrasında kaçak, gastro-jejunostomi (GJ) anastomoz hattı, jejun-jejunostomi (JJ) anastomoz hattı ve remnant mideden olabilmektedir. GJ kaçaklarında en önemli neden anastomoz gerginliğidir. Ek olarak jejunal

dumping sendromu gibi birçok durum sayılabilir. Unutulmamalıdır ki bariatrik ameliyatlar hem endikasyon, hem cerrahi, hem post-operatif takip, hem de komplikasyon yönetimi için tecrübeli multi-disipliner ekip gerektirmektedir. Hastalara süreç iyi açıklanmalı, operasyon öncesi süreç iyi yönetilmeli ve takipleri sık aralıklarla yapılmalıdır. Komplikasyon durumunda ise deneyimli cerrah, deneyimli girişimsel radyolog ve deneyimli endoskopist ile hasta yönetimine karar verilmesi en doğru yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Gonzalez R, Sarr MG, Smith CD, et al. Diagnosis and contemporary management of anastomotic leaks after gastric bypass for obesity. *J Am Coll Surg* 2007;204(1):47-55
2. Aurora AR, Khaitan L, Saber AA. Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4,888 patients. *Surg Endosc*. 2012;26(6):1509-1515.
3. Yehoshua RT, Eidelman LA, Stein M, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy--volume and pressure assessment [published correction appears in *Obes Surg*. 2009 Jan;19(1):134. Beglaibter, Nahum [added]]. *Obes Surg*. 2008;18(9):1083-1088.
4. Madan AK, Stoecklein HH, Ternovits CA, Tichansky DS, Phillips JC. Predictive value of upper gastrointestinal studies versus clinical signs for gastrointestinal leaks after laparoscopic gastric bypass. *Surg Endosc*. 2007;21(2):194-196.
5. Moon RC, Shah N, Teixeira AF, Jawad MA. Management of staple line leaks following sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis*. 2015;11(1):54-59.
6. Mahmoud M, Maasher A, Al Hadad M, Salim E, Nimeri AA. Laparoscopic Roux en Y esophago-jejunostomy for chronic leak/fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2016;26(3):679-682.
7. El Hassan E, Mohamed A, Ibrahim M, Margarita M, Al Hadad M, Nimeri AA. Single-stage operative management of laparoscopic sleeve gastrectomy leaks without endoscopic stent placement. *Obes Surg*. 2013;23(5):722-726.
8. Amor IB, Debs T, Dalmonte G, et al. Laparoscopic Roux-en-Y fistulo-jejunostomy, a preferred technique after failure of endoscopic and radiologic management of fistula post sleeve gastrectomy. *Obes Surg*. 2019;29(2):749-750.
9. Bell RL, Reinhardt KE, Flowers JL. Surgeon-performed endoscopic dilatation of symptomatic gastrojejunal anastomotic strictures following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2003;13(5):728-733.
10. Dillemans B, Sakran N, Van Cauwenberge S, et al. Standardization of the fully stapled laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for obesity reduces early immediate postoperative morbidity and mortality: a single center study on 2606 patients. *Obes Surg*. 2009;19(10):1355-1364.
11. Baccaro LM, Vunnamadala K, Sakharpe A, Wilhelm BJ, Aksade A. Stricture rate after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with a 21-mm circular stapler versus a 25-mm linear stapler. *Bariatric Surg Pract Patient Care*. 2015;10(1):33-37.
12. Jiang HP, Lin LL, Jiang X, Qiao HQ. Meta-analysis of hand-sewn versus mechanical gastrojejunal anastomosis during laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Int J Surg*. 2016;32:150-157.
13. Chowbey P, Baijal M, Kantharia NS, Khullar R, Sharma A, Soni V. Mesenteric defect closure decreases the incidence of internal hernias following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: a retrospective cohort study. *Obes Surg*. 2016;26(9):2029-2034.
14. Ghosh SK, Roy S, Chekan E, Fegelman EJ. A narrative of intraoperative staple line leaks and bleeds during bariatric surgery. *Obes Surg*. 2016;26(7):1601-1606.
15. Carr WR, Mahawar KK, Balupuri S, Small PK. An evidence-based algorithm for the management of marginal ulcers following roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg*. 2014;24(9):1520-1527.