



SÜPERSELEKTİF VAGOTOMİ İLE PİLOR KORUYUCULU SANTRAL GASTREKTOMİ: OLGU SUNUMU



Nazrin İSMAYILZADA, Fatih ÇELİK, Ayşe PARLAK, İrfan KIRIŞTIOĞLU

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD Bursa - Türkiye

AMAÇ

Gastropitozis nedeniyle süperselektif vagotomi ile santral mide rezeksiyonu yapılan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 6 yıldır epigastrik ağrı, tokluk ve dolgunluk hissi, beslenme sonrası batın distansiyonu, bulantı ve yılda 2,3 kez olan ciddi kusma atakları ile merkezimize başvuran 16 yaşında kız hastanın abdominal ultrasonografisinde mide ve duodenum dilatasyonu dışında patoloji saptanmadı. Tarafımızca yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopilerinde midede masif dilatasyon dışında patolojik bulgu saptanmadı. Mide çıkışı normal, duodenuma geçiş rahat, prepilorik ve postpilorik mukoza normaldi. Abdominal bilgisayarlı tomografisi pelvise uzanan pitotik mide görünümü dışında normaldi. Özofagus mide duodenum grafisinde pitotik mide görünümü olduğu, midenin pelvise kadar uzanım gösterdiği, pilordan geçişin rahat olduğu, yaklaşık 2-4 saat içinde mide sıvısının %50'den fazla boşaldığı görüldü. Gastroözofageal reflü bulgusu yoktu. Mide koruyucu ve prokinetik tedavilere rağmen semptomlarında progresyon gözlenen hastaya cerrahi karar verildi.

Genel anestezi altında fleksibl endoskop ile yapılan gözlemlerde özofagus ve mide mukozası doğal, pilor santralize idi. Prepilorik ülser veya antral web görünümü yoktu. Duodenuma rahatlıkla geçildi, papilla vateri görüldü, duodenal seviyede de herhangi patolojik bulgu yoktu.

Göbek üstü median insisyona batına girildiğinde tüm batını dolduran, pelvise kadar uzamış olan pitotoik mide ile görüldü. Gastrohepatik ligaman açıldı, sol gastrik arterden karaciğer sol loba giden aberran sol hepatik arter korundu, özofagus askıya alındı. Anterior (sol) ve posterior (sağ) vagus sinirleri askıya alındı. Vagal sinirlerin çölyak ve hepatik dallarını verdiği hat proksimal sınır olarak kabul edildi ve buradan distale doğru sağ ve sol vagal sinir lifleri mideye girdikleri seviyede bağlanıp divize edildi. Anterior ve posterior vagal sinirleri birlikte sol gastrik arter de korundu. Distal sınır olarak ise antrumda laterjet sinirlerinin kaz ayağı şeklinde dağıldığı, pilordan yaklaşık 4cm proksimal hat belirlendi. Diseksiyon tamamlandığında vagal sinirleri tam korunmuş, fundus ve antrum kanlanması ve nöral yapıları korunmuş, korpus izole edilerek rezeksiyona hazırlanmış oldu.

Gastrokolik ligaman ve omentum majus açılarak mide pankreastan ve dalak hilusundan serbestlendi. Sağ ve sol gastroepiploik atreler ile short gastrik arterler, fundus ve distalde antrum beslenmesini bozmayacak şekilde divize edildi. Son haliyle proksimalde özofagogastrik bileşkeden yaklaşık 5 cm distalde fundus, pilordan 5cm proksimalde antrum kalacak şekilde rezeksiyon sınırları belirlendi. Bahsi geçen sınırların arasında kalan mide korpusu (midenin yaklaşık %70'i) lineer stapler kullanılarak eksize edildi. Stapler hatlarının medial 4cmlik kısmını ikinci kat prolen ile sütüre edildi. Lateralde kalan 5cmlik stapler hatları açılarak fundus-antrum anastomozu mukoza-seroza olacak şekilde çift kat sütüre edildi. İşlem sonlandırıldı.

Postoperatif 5. gün mide-duodenum pasaj grafisi çekildi. Anastomozun salim olduğu, kontrast maddenin pilordan sorunsuz geçtiği görüldü, aynı gün oral beslenmeye başlandı ve postoperatif 7.gün taburcu edildi.

Patoloji sonucu normal mide dokusu olarak raporlanan hastanın postoperatif 3 yıllık takibi sorunsuz devam etmektedir.

SONUÇ: Çocuklarda süperselektif vagotomi tekniği ile santral mide rezeksiyonu fizyolojik yapıyı korumaya en yakın, etkin bir tedavi yöntemidir.

SUPER-SELECTIVE VAGOTOMY WITH PYLORUS-PRESERVING CENTRAL GASTRECTOMY. A CASE REPORT

OBJECTIVES: To report a case of central gastrectomy with superselective vagotomy for gastropitosis.

CASE REPORT: A 16-year-old girl presented to our center with epigastric pain, feeling of fullness and fullness, abdominal distension after feeding, nausea and severe vomiting attacks 2,3 times a year for about 6 years. Abdominal ultrasonography revealed no pathology except gastric and duodenal dilatation. Upper gastrointestinal endoscopy performed by us revealed no pathologic findings except for massive dilatation of the stomach. Gastric outlet was normal, passage to the duodenum was smooth, and prepyloric and postpyloric mucosa were normal. Abdominal computed tomography was normal except for a ptotic stomach extending into the pelvis. Esophageal gastro duodenal radiography showed a ptotic stomach appearance, the stomach extended to the pelvis, passage through the pylorus was smooth, and gastric fluid drained more than 50% in approximately 2-4 hours. There was no evidence of gastroesophageal reflux. Despite gastroprotective and prokinetic treatments, the patient's symptoms progressed and surgery was decided.

Observation with a flexible endoscope under general anesthesia revealed normal esophageal and gastric mucosa and centralized pylorus. There was no prepyloric ulcer or antral web appearance. The duodenum was easily passed, papilla vateri was seen, and there were no pathologic findings at the duodenal level.

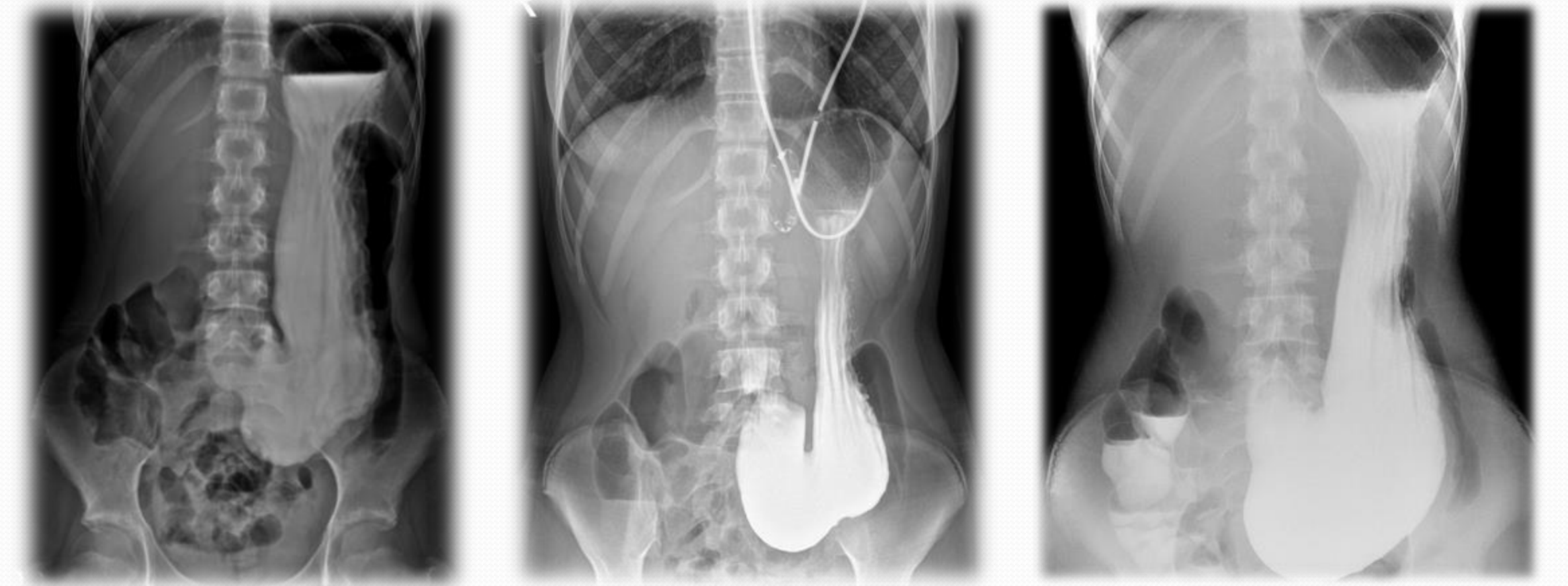
When the abdomen was entered through the umbilical median incision, the pitotic stomach was seen filling the entire abdomen and extending to the pelvis. The gastrohepatic ligament was opened, the aberrant left hepatic artery from the left gastric artery to the left lobe of the liver was protected, and the esophagus was suspended. Anterior (left) and posterior (right) vagus nerves were suspended. The line where the vagal nerves give their celiac and hepatic branches was considered as the proximal border, and from here distally, the right and left vagal nerve fibers were ligated and divided at the level where they enter the stomach. The anterior and posterior vagal nerves and the left gastric artery were preserved. As the distal border, the line approximately 4 cm proximal to the pylorus, where the laterjet nerves were distributed in the antrum in a crow's foot shape, was determined. When the dissection was completed, the vagal nerves were completely preserved, the fundus and antrum blood supply and neural structures were preserved, and the corpus was isolated and prepared for resection. The gastrocolic ligament and omentum majus were opened and the stomach was freed from the pancreas and splenic hilus. The right and left gastroepiploic atria and short gastric arteries were divided in such a way that the fundus and distal antrum nutrition was not disturbed. Finally, the resection margins were determined to leave the fundus approximately 5 cm distal to the esophagogastric junction and the antrum 5 cm proximal to the pylorus. The gastric corpus (approximately 70% of the stomach) between these margins was excised using a linear stapler. The medial 4cm of the stapler lines were sutured with second layer prolene. The lateral 5-cm stapler lines were opened and the fundus-antrum anastomosis was sutured with a double layer of mucosa-serosa. The procedure was terminated.

Gastric-duodenal passage radiography was performed on the 5th postoperative day. It was observed that the anastomosis was intact, the contrast medium passed through the pylorus without any problem, oral nutrition was started on the same day and the patient was discharged on the 7th postoperative day.

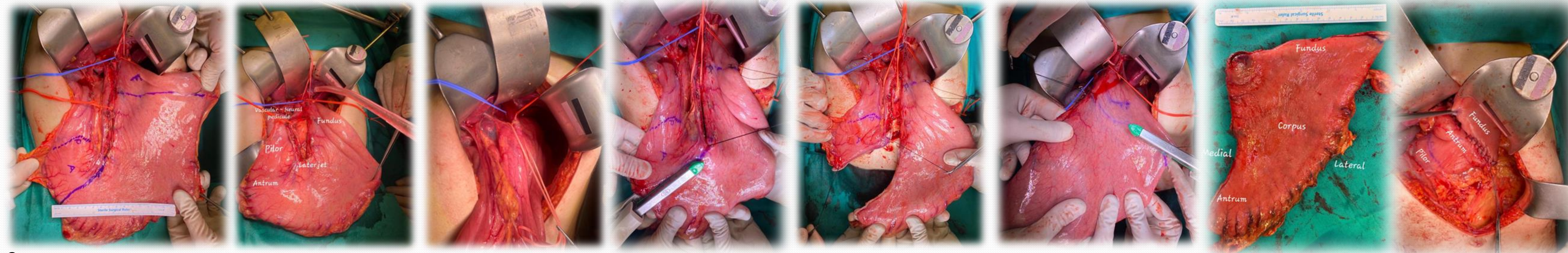
The pathology result was reported as normal gastric tissue and the patient's 1-year postoperative follow-up continues uneventfully.

CONCLUSIONS: Central gastrectomy with superselective vagotomy technique in children is an effective treatment method that is closest to preserving the physiologic structure.

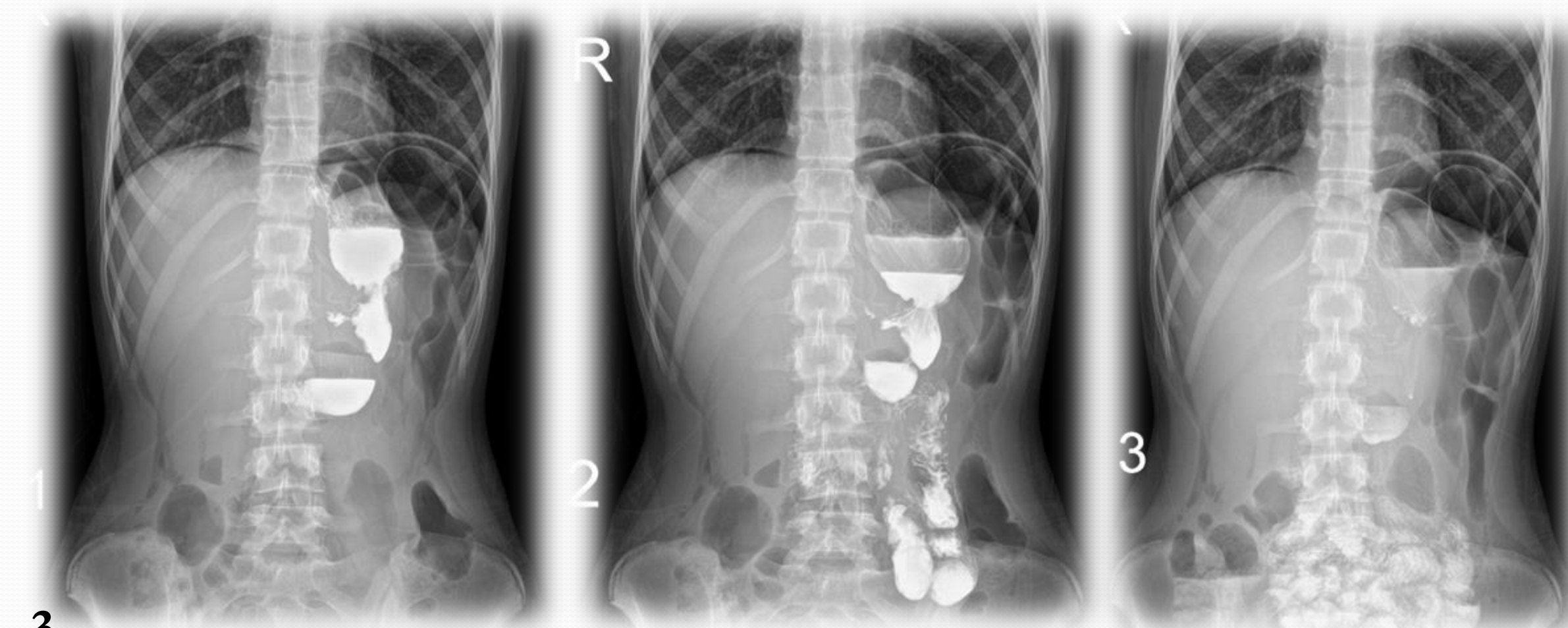
1



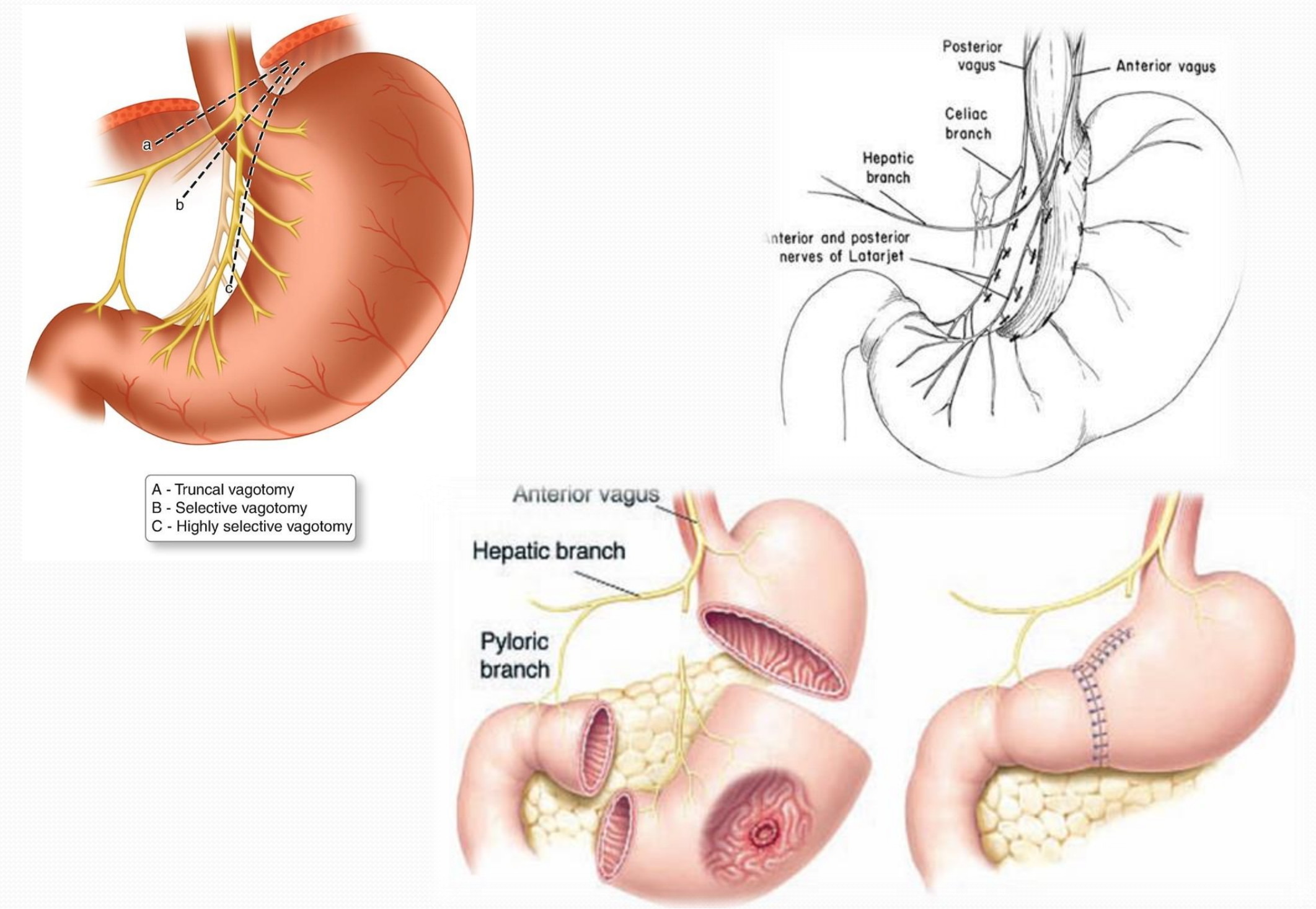
2



3



4



1. Preoperatif kontrastlı mide grafileri
2. Süperselektif vagotomi ile santral gastrektomi operasyon basamakları
3. Postoperatif mide boşalım grafileri
4. Operasyon tekniğine ait şematik çizimler