

PROKSİMAL SELEKTİF GASTRİK VAGOTOMİ

Dr. Nevzat Koçak^(x)

ÖZET

11'i erkek ve 7'si kadın olmak üzere 18 duodenal ülserli hastaya proksimal selektif gastrik vagotomi uyguladık. Hastaları 1-3 sene arasında değişen bir süre takip etmek imkanını bulduk. Bu süre içerisinde hastalar herhangi bir şikayette bulunmamış ve durumlarından memnun olduklarını bildirmişlerdir. Literatürdeki bu yöndeki çalışmalar gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

We performed a selective proximale vagotomy on 18 patients, 11 men and 7 women. The follow-up periods of the cases varied from 1 to 3 years. The patients haven't had any complains and we found them in good health. With regard to this we discussed the physiologic basis of the operation and reviewed the literature.

Duodenal ülser tedavisinde uygulanan parsiel gastrektomilerde mortalite küçümsenmeyecek bir oranda olduğu gibi, ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek sequelea da hastaların devamlı şikayetlerine sebebiyet vermektedir⁽¹⁾. Bu yüzden, vagotomi duodenal ülserlerin tedavisinde büyük ilgi görmüştür.

(x) Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Öğretim Üyesi

Dragstedt ve arkadaşlarının⁽²⁾ vagotomi - drenaj uygulamaları 160 duodenal ülserli hastalarda memnuniyet verici sonuçlar aldıklarını bildirmeleri, bu metodun dünyanın çeşitli yerlerinde denenmesine sebep olmuştur. Bazı kliniklerde bu tip uygulamalar rutin hale getirilmiştir⁽³⁾.

İster total, isterse selektif şekilde uygulansın, vagotomilerden sonra diareler, damping sendromu, safravi kusmalar, epigastriumda dolgunluk hissi, meteorizm gibi semptomlar içeren bir tablo gelişebilmektedir. Bu gibi yan tesirleri ortadan kaldırmak için yalnız perietal hücreleri denerve eden, antrumu ve piloru innerve bırakan ve bir drenaja lüzüm göstermeyen selektif proksimal gastrik vagotomi (S.P.V.) geliştirildi.

1957 de Griffith ve Harkins'in⁽⁴⁾ köpeklerde uyguladığı bu metodu, Holle⁽⁵⁾ klinikte tatbik etti. 1969 da Amdrup ve Griffith⁽⁶⁾ drenajsız selektif proksimal gastrik vagotomilerin midede bir staza sebebiyet vermiyeceğini eksperimental olarak gösterdiler. Johnston ve Wilkinson⁽⁷⁾ da 25 kronik duodenal ülserli hastada bu tip vagotomiyi başarılı bir şekilde uyguladılar. Korman ve arkadaşları⁽⁸⁾, S.P.V. nin midede husule getirdiği fizyolojik değişiklikleri incelediler.

Amdrup ve arkadaşları⁽⁹⁾ 271 hastaya S.P.V. uygulamışlardır. 2-4 senelik bir takip esnasında elde ettikleri bulguları, diğer operasyon şekilleriyle alınan sonuçlarla karşılaştırarak S.P.V. nin üstünlüğü üzerinde durmuşlardır.

MATERYEL VE METOD

Bu çalışma Diyarbakır ve Bursa'da çeşitli hastahanelerde ve 18 hasta üzerinde yapılmıştır. Yaşları 25-45 arasında değişen hastaların 11 tanesi erkek, yediside kadındır.

Bu seriye komplikasyonsuz duodenal ülser vak'aları alınmıştır. Teşhis, klinik ve radyolojik olarak konmuş ve peroperotuvur teyid edilmiştir.

Operasyona alınan hastaların hepsinde preoperatif olarak açlık mide asiditesi tayin edilmiştir. Operasyondan bir önceki günün akşamı aç bırakılan hastalar genel anestezi altında ameliyat olmuşlardır. Operasyona göbek üstü median ensiziyonla başlanmış, karın içi organları muayene edilmiştir. Duodenum ülserinden başka patolojik bir bulgu bulunmadığı, pilor kanalının serbest olduğu saptanmıştır. Mide aşağı doğru hafifçe çekilerek, küçük omentumda, küçük kurvatura yakın ve ona paralel seyreden Laterjet'in anterior siniri belirgin hale getirilmiştir. Çevresinden bir iplik geçirilerek askıya alınmıştır. Midenin arka yüzüne, büyük kurvaturanın 2/3 distalinde büyük omentum açılarak girilmiştir. Bu yüz serbestleştirilerek Latarjet'in posterior siniri bulunup askıya alınmıştır. Askıya alınan bu sinirlerin antruma ve pilora giden dalları korunarak mideye giden diğer bütün dalları kesilmiştir.

Bunun için anterin vagusun bir devamı olan Latarjet'in anterior sinirinin terminal dallarının midenin ön yüzüne girdiği, pilordan 5-7 cm. mesafedeki antrum-corpus bileşkesinden başlayarak proksimale doğru, mideye giden bütün lifler kesilerek kardiaya varılmıştır, özofagogastrik bileşik

ve özofagusun ön yüzü longitudinal adeleye varıncaya kadar, aynı selektif vagotomilerde olduğu gibi, bu liflerden temizlenmiştir. Benzer operasyon arka yüzde de tekrarlanarak küçük kurvatur, küçük omentumdan ayrı hale getirilmiştir.

Karın kapatılarak operasyona son verilmiştir.

Operasyon esnasında takılan nazo-gastrik tüp postoperatuvar 3. güne kadar muhafaza edilmiş ve bu zaman süresince hastaya enfüziyon tatbik edilmiştir. 3. gün peroral mayı verilmiş ve 4. günden itibaren sulu gıdalara geçilmiştir.

Ameliyattan 8 gün sonra açlık mide asiditesi kontrol edilmiş ve vagotominin komplet olup olmadığını meydana çıkarmak için Hollander testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Operasyon mortalitesi % 0 olan 18 hastayı kapsayan bu seride selektif proksimal gastrik vagotomi mide asiditesini önemli bir derecede düşürmüş ve bazı vak'alarda anasidite husule getirmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası mide asidite değerleri Tablo: 1 de gösterilmiştir. Yine tabloda Hollander testinin biri hariç diğer bütün vak'alarda negatif olduğu görülmüştür. Şüpheli olan bu bir vak'adada yapılan 2. bir kontrolde testin negatif olduğu saptanmıştır.

Kontrol muayeneleri 1-3 sene arasında değişen 18 hastada post vagotomik olarak meydana çıkan, diare, damping, safravi kusmalar epigastriumda dolgunluk hissi gibi şikayetlerin var olup olmadığı üzerinde hassasiyetle durulmuştur. Hastaların hiç bir şikayeti olmadığı saptanmıştır. İştahlarının iyi olduğunu söyleyen hastalar her türlü yemeği rahatlıkla yiyebildiklerini ifade etmişlerdir. "Hasta olmadan evvelki günlük aktivitelerini kazandıklarını söyleyen

Tablo: 1 - P.S.V. den Sonra 1 Saatlik Bazal Mide Sekrasyondaki Serbest HCl deki
Düşüş Gösterilmiştir

Vaka No	Yaş	Cins	1 Saatlik Bazal Mide Sekrasyondaki Serbest Mide Asiditesi (Klinik ünite olarak)		Hollander Testi
			Ameliyattan Önce	Ameliyattan 'Sonra	
1	25	E	40	6	-
2	40	K	26	4	-
3	27	K	32	5	-
4	32	E	43	6	-
5	35	E	49	7	-
6	42	E	38	3	-
7	45	K	23	0	-
8	26	K	35	5	-
9	28	E	41	8.5	?
10	37	E	51	7	-
11	31	E	45	7	-
12	39	K	28	4	-
13	41	E	32	4	-
14	44	E	37	3	-
15	33	K	24	0	-
16	38	E	29	4	-
17	45	E	32	3	-
18	29	K	36	5	-

Tablo: 2 - P.S.V. den Sonraki Vücut Ağırlığındaki Artış
Görülmektedir

Vaka No	Vücut Ağırlığı (Kg.)	
	Ameliyattan Önce	Ameliyattan Sonra
1	62	68
2	65	70
3	61	64
4	67	70
5	70	77
6	72	75
7	76	84
8	58	61
9	63	67
10	71	75
11	76	80
12	69	74
13	75	80
14	64	71
15	67	70
16	68	72
17	77	81
18	60	63

hastalar 3-8 kilo arasında değişen bir vücut ağırlığı artışı göstermişlerdir (Tablo: 2).

TARTIŞMA

Duodenal ülserlerde uygulanacak cerrahi girişimde amaç, ülser patogenezinde etken faktörleri yok ederken sequelea doğurmamasıdır. Birçok komplikasyonlar doğuracak mide rezeksiyonları^(10,11) bu amacı gerçekleştirmekten uzaktır.

Yalnız başına tatbik edilen total ve selektif vagotomiler her ne kadar mide asiditesini azaltıyorsa da midede önemli derecede stazın husule gelmesine sebebiyet vermektedir⁽¹²⁾. Bu bakımdan vagotomilerle birlikte uygulanan drenaj ameliyeleri (ploroplastiler, gastroentrostomiler, sınırlı mide rezeksiyonları) mide stazını önleyorsa da arzu edilmiyen post vagotomi sendromun meydana çıkmasına sebebiyet veriyorlar^(1,3).

Mide stazına sebebiyet vermediği için bir drenaja lüzum göstermiyen selektif proksimal gastrik vagotomi, ülser tedavisinde amacı gerçekleştirmektedir. Sadece parietal hücreleri denerve ederek antrum ve piloru innerve bırakan bu metotla antro-piloru-duodenal mekanizma bozulmamakta, mide asiditesi düşmekte ve midenin motor aktivitesi salim kalmaktadır. Bu bütünlüğün korunmasının bir önemli yönünde duodenumun inhibitör mekanizmasının baki kalmasıdır, zira mide muhteviyatı duodenuma girince gastrik sekresiyon inhibisyona uğrar⁽¹³⁾.

Mide parietal hücrelerini denerve eden, midenin motor aktivitesini bozmayan, duodenum inhibisyon mekanizmasını ortadan kaldırmayan S.P.V. de önemli bir noktada antrum-Pa-

rietal hücre sınırını tam bir şekilde tayin etmektir. Bu sınırın distaline inen bir denervasyon antral-pilor motor aktivitesini bozduğu gibi, proksimalini innerve bırakmakla da parietal hücrelerinde bir kısmı innerve bırakılmış olur. Her iki şekilde başarı oranının düşmesine, ülser nüküslerine yol açmaktadır. Amdrup ve Griffith parietal-Antral sınırı- kongo kırmızısı ile tayin etmektedirler. Johnston mukosa biyopsileri alarak bu sınırı belirlemektedir. Burge peroperatuvar elektriksel stimülasyon testini⁽¹⁴⁾ kullanarak komplet bir vagotomi yapmaktadır.

Biz antral-korpus sınırı anatomikman belirledik, Pilonlardan itibaren proksimale doğru 5-7 cm. de incisura bulunmaktadır. Burası Laterjet sinirinin terminal dallarının antrumun ön yönüne girdiği kısımdır. Buradan itibaren proksimale doğru yaptığımız selektif proksimal vagotomi ile aldığımız sonuçlar yani Hollander testinin 18 hastamızda da negatif bulunmuş olması, anatomikman tespit edilen Antral-korpus hududunun gayeyi gerçekleştirebileceğine bir işarettir. Şüpheli vak'alarda kongo kırmızısı metodunu kullanmakta büyük yararlar vardır.

Hastalarımızda mide boşalmasında bir güçlük olmadığını gerek anemnez ve gerekse klinik muayene ile saptadık. Bu durumu ileride ince metodlarla incelemeyi düşünmekteyiz. Başka araştırmacılar da proksimal selektif vagotomiden sonra midede staz meydana gelmediğini experimental olarak göstermişlerdir⁽⁶⁾.

Proksimal selektif vagotomiyi uyguladığımız ve 1-3 sene takip ettiğimiz 18 hastamızdan elde ettiğimiz son derece memnuniyet verici sonuçlar cesaret vericidir. Post

vagotomik sentromların bulunmaması, hastaların kilo alması, post cibal bir şikayete rastlanılmaması ülser tedavisinde P.S.V. nin en uygun operasyon şekli olduğu kanısını uyandırmaktadır. Johnston da⁽⁷⁾ 25 vak'asında bu metotla memnuniyet verici sonuçlar aldığını belirtmektedir. Amdrup ve arkadaşları da⁽⁹⁾ 271 hastaya uyguladıkları P.S.V. den memnun olduklarını ve bunun total veya selektif vagotomiye üstün olduğunu bildirmektedirler. Ayrıca Lancet Editoriyal olarak⁽¹⁵⁾ 5 seneye kadar takip edilmiş P.S.V. uygulanan hastalardan alınan neticelerin cesaret verici olduğunu bildirmektedir. Burge 350 hastaya uyguladığı bu tip operasyondan çok memnun kaldığını hatta bir gün kendisinin duodenal ülser için ameliyat olması icab ederse P.S.V. yı tercih edeceğini yazmaktadır⁽¹⁴⁾.

SONUÇ

Mide ve duodenumun anatomik devamlılığını bozmayan, mide boşalmasını geciktirmeyen, asit üretimini azaltıp mucin ifrazını önlemeyen ve böylece ülserlerin iyileşmesini ve yeniden ülserlerin gelişmemesini sağlayan proksimal selektif vagotominin Duodenal ülserlerin cerrahi tedavisinde çok önemli bir yeri olmuştur. Ancak bunun bir ideal operasyon olup olmadığı hastaların 10 senelik takiplerinden sonra söylenebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Dellipiano, J.B.: *Gastroenterostomy and vagotomy for chronic duodenal ulcer. Gut. 10:366, 1969*
2. Dragstedt, L.R., Harper, P.V., Tavee, E.B., Woodward, E.R.: *Section of the vagus nerves to the stomach in the*

- treatment of peptic ulcer. *Ann.of Surgery*. Nov: 687 ,
1947
3. Goligher, J.C. et al.: *Clinical comparison of vagotomy and pyloroplasty with other forms of elective surgery for duodenal ulcer. Brit. Med. Journal* 2: 787, 1968
 4. Griffith, e.A. and Harkins H.N.: *Partial gastric vagotomy: An Experimental study. Gastroenterology*. 32: 36, 1957
 5. Holle, F., Hart, W.: *Neve wege dar chirurgie des Gastroduodenal ulcus. Med. Klin.* 62: 441, 1967
 6. Amdrup, B.M., Griffith, C.A.: *Selective vagotomy of the parietal cell Mass. Ann. Surg.* Aug: 207, 1969
 7. Johnston, D., Wilkinson, A.R.: *Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Brit. J. Surg.* 57: 289, 1970
 8. Korman, M.G. et al.: *Gastric studies after parietal cell vagotomy. Digestion*, 8: 1, 1973
 9. Amdrup, E., et al.: *Clinical results of parietal cell vagotomy (Highly selective vagotomy) two to four years after operadions Ann. Surg.* 180: 279, 1974
 10. Copper, W.M., Butler, T.T.: *A clinical study of the early postgostrectomy syndrom. Bri. Med. Journal* 2: 265, 1951
 11. Christofferson, E.: *Studies on intestinal and circulation reaction ir provoked dumping attack. Act. Chir. Scond. Suppl.* 349, 1965
 12. Koçak, N .: *Duodenum ülserlerinin tedavisinde vagotomy Diyarbakır Tıp Fakültesi Yayını Sayı: 2, 1972*

KOLLEKOND-PRODİROSTONELER

Dr. Burcin Kutlay (X)

Dr. Duruhan Çulha (XX)

ÖZET

Bu çalışmada Kollakonid-Prodironelere analitik ve klinik olarak değerlendirilmiştir. Analitik özellikleri, farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri ayrı ayrı rapor edilmiştir. Klinik olarak ise iki vak'a tanımlanmıştır.

SUMMARY

In this paper, analytical and clinical characteristics of Kollakonid-Prodironel were described. Analytical and pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics were reported separately.

Klinik olarak ise iki vak'a tanımlanmıştır. Birinci vak'a kronik hepatik asidoz ve hiperkolesterolemideki analitik bulgularla ilişkilendirilmiştir. İkinci vak'a ise akut miyokard enfeksiyonu ve hipertansiyonla ilişkilendirilmiştir.

Yazın sahibi: Dr. Duruhan Çulha, Bursa Tıp Fakültesi, Bursa.

Yazın kabul tarihi: 11 Ocak 1975

Bu çalışmada Kollakonid-Prodironel kullanılarak elde edilen sonuçlar, bu ilaçların klinik kullanımına yardımcı olacaktır.

Kollakonid-Prodironel kullanılarak elde edilen sonuçlar, bu ilaçların klinik kullanımına yardımcı olacaktır.

13. Andersson, S.: Physiologic Mechanisms inhibiting gastric secretion of Acid. Ann.Surg. 117: 831, 1969
14. Burge, H.: Vagotomy. Lancet 1: 740, 1975
15. Editorial: Selecting the vagotomy or selecting the patient Lancet 1: 149, 1975