

Duodenum R pt r nde Roux-EN-Y Divertikülizasyon Uygulaması

Dr. Sinan GÜVEN, Dr. Settar BOSTANO LU

 zet: Duodenum r pt r leri mortalite ve morbiditesi yüksek olan travmalardır. Bu vakaların ameliyatlarında nasıl bir tamir işlemi uygulamak gerektiğine karar vermek kolay değildir. Bu makalede mevcut yöntemler gözden geçirilerek, uygulanan bir Roux-en-Y Divertikülizasyon vakası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Duodenum rüptürü, duodenal yaralanmalar.

Karına olan künt ve penetre travmalar sonucu duodenum r pt r leri %3-5 oranında görülür (1). Penetre yaralanmalar peritoneal olup, künt yaralanmalar daha ziyade trafik kazası sonucunda oluşur. Künt travmaların %25 kadarı retroperitoneal olabilir, retroperitoneal yaralanmalar tanı gecikmesine bağlı olarak daha mortal seyredebilir (1-3).

Duodenum r pt r leri %30 oranında Karaciğer, pankreas, kolon, vena cava yaralanması ile beraber olabilir (4-6). Duodenum yaralanmalarında basit tamir işleminden pankreatoduodenektomiye kadar uzanan geniş bir ameliyat yelpazesi mevcuttur (1, 5, 7). Bu yöntemler arasında şunları sayabiliriz: Drenajlı veya drenajsız primer tamir, tripple ostomi, jejunal patch, roux-en-Y duodeno jejunostomi, exclution, diverticulization, whipple operasyonu (5, 8, 9).

Vaka Takdimi

35 yaşındaki erkek hasta, trafik kazası sonucu künt karın travması nedeni ile getirildi. Hastanın şuuru açık ve koopere idi, şiddetli karın ağrısı ve kusması mevcuttu. Yapılan muayenede vital bulgular normaldi, karında yaygın defans ve hassasiyet mevcuttu. BK 20000, Hematokrit %45, Hemoglobin 15 gm olarak bulundu. Ayakta çekilen direk karın grafisinde diyafragma altında serbest hava görüldü. Hasta akut batın tanısı ile posttravmatik ikinci saat içinde ameliyata alındı, yapılan eksplorasyonda duodenum dışın-

Summary: ROUX -EN-Y DIVERTICULATION IN DUODENAL RUPTURE

Duodenal ruptures are among the traumas that are high in mortality and morbidity. To decide the fixing process in oparating of these cases is not easy task. In this paper, after review of existing processes, a Roux-en-Y Divarticulation case is presented.

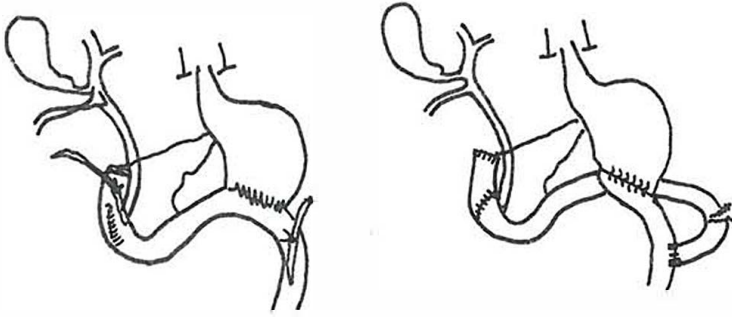
Key Words: Duodenal injuries, duodenal rupture.

da diğer karın organlarında yaralanma tespit edilmedi, geniş bir kocher manevrası ile duodenum multipl rüptür yönünden iyice gözden geçirildi. Duodenumda mevcut rüptür pylordan yaklaşık 8-10 cm distalde ve tam oddi hizasına gelen komplet bir r pt rd . Duodenum devamlılığını medialde pankreas sağlamaktaydı ve pankreasta gözle görülür bir hasar yoktu. Minimal debritleme sonrası duodenum mukozal katı poliglikolik asit, serozal katı ipek ile iki kat üzerinden onarıldı, oluşan darlığı da ekarte etmek amacı ile bir diversiyon işlemine karar verildi. BTV ANTREKTOMİ yapıldı devamlılık Roux-en-Y şeklinde sağlandı, koledok explore edildi ve T tüp ile drenaj uygulandı.

Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmadı, hasta 1. gün mobilize edildi, ilk iki gün günde iki adet taze donmuş plazma ve human albumin replasmanı yapıldı, tedaviye trasy l ve sefalosporin ilave edildi, 4. gün nazogastrik sonda çekildi, 7. gün oral başlandı, ilk bir hafta süresince minimal yüksek seyreden ALT ve AST nin normale dönmesini takiben 10. gün T t p çekildi ve hasta 12. gün taburcu edildi.

Tartışma

Duodenal yaralanmalarda mortalite oranı yüzyılın başında %90 iken şimdilerde bu oran %10-30 olarak verilmektedir (1, 2, 4, 9). Burada mortaliteyi etkileyen, yaralanmanın künt veya penetre olmasından ziyade; ilave organ yaralanması var-



Şekil 1: Berne diverticulization ameliyatı ve Roux-en-Y modifikasyonu

lığı, travma ile operasyon arasında geçen süre ve yaralanmanın genişliğidir (7, 8).

Duodenum yaralanmasında uygulanacak en iyi ameliyat yöntemi, mortaliteyi minimuma indiren ve fistül oluşumunu önleyen yöntemdir (4, 7). Bu ameliyat şekilleri içinde tripple ostomi, exclution ve diverticulization yöntemleri büyük yaralanmalarda en popüler yöntemlerdir, cerrah kendi tecrübesi doğrultusunda bu yöntemlerden birini uygular (4, 5, 8). Stone ve Fabian'in önerdiği tripple ostomi operasyonunda duodenum tamir edilir gastrostomi ve jejunostomi yapılarak üç adet dren yerleştirilir, ameliyat kısa sürer ve fistül olasılığı %10 kadardır (4, 8).

Daha büyük yaralanmalarda diversiyon işlemini ameliyatın bir parçası ile sağlayan exclution yöntemi uygulanabilir. Bu ameliyat da kısa sürede gerçekleştirilebilir, yapılan işlem tamir sonrası gastrojejunostomi insizyonundan pyloru kapatmak ve gastrojejunostomiye tamamlamaktır. Bu yöntemde %5 oranında fistül olasılığı mevcuttur. Postoperatif dönemde vakaların çoğunda pylor tekrar açılır ve gastroenterostomiye bağlı komplikasyonlar oluşur (5).

Divertikülizasyon işlemi Berne ve arkadaşları tarafından popularize edilmiştir, bu yöntemin iki amacı vardır: birincisi duodenumdaki ciddi

hasar sonucu oluşabilecek darlıktan etkilenmek, ikincisi fistül oluşumunu minimuma indirmek için diversiyon işlemi ile gastrik sekresyonu ve safrayı uzaklaştırmaktır. Bu nedenle primer tamire ilaveten BTV Antrektomi Koledokotomi ve T tüp uygulaması yapılarak GI devamlılık gastrojejunostomi ile sağlanır (4,5,8,9).

Postoperatif fistül olma olasılığı en az olan bu yöntem exclution işlemine kıyasla daha uzun sürer, fakat genel olarak fistül olasılığının %2-15 olduğu duodenal yaralanmalarda, fistül oluştuğunda mortalitenin iki katına çıktığını düşünecek olursak konservatif davranmamakta fayda vardır (4, 5, 8, 9).

Berne Divertikülizasyon yönteminde postoperatif dönemde postgastrektomi sendromu şikayetleri ortaya çıkar, bu nedenle burada Roux-en-Y tipi gastrojejunostomi uygulanması hem bu şikayetlerin daha az olmasını hem de sütür hattının sekresyon basıncından daha az etkilenerek fistül olma olasılığının en az olmasını sağlar (6, 8, 9). Şekil 1 de Berne divertikülizasyon yöntemi ve bizim uyguladığımız modifikasyonu görülmektedir. Bu ameliyat yönteminin genel durumu iyi olan ağır duodenal yaralanmalarda uygulanabilecek en iyi yöntem olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Maingot R. : Abdominal Operation 1980; Seventh ed., 183-186.
2. Schwartz S.: Principles of Surgery 1979; Third ed., 251-255
3. John H. Donohue: The Management of Duodenal and Other Small Intestinal Trauma, World J. Surg. 1985; 9: 904-913.
4. Jonathan E. Hasson: Penetrating Duodenal Trauma, The Journal of Trauma 1984; 24: 6, 471-475.
5. Thomas D. Martin: Severe Duodenal Injuries, Arch. Surg. 1983, 118: 631-635.
6. Rao R. Ivantury: Penetrating Duodenal Injuries, Ann. Surg. 1985; 202: 2, 153-158.
7. David D. Feliciano: Management of Combined Pancreatoduodenal Injuries, Ann. Surg. 1987; 205: 6, 673-680.
8. Rao R. Ivantury: Treatment of Penetrating Duodenal Injuries, The Journal of Trauma 1985; 25: 4, 337, 341.
9. Marc A. Levison: Duodenal Trauma, The Journal of Trauma 1984; 24: 6, 475-480.