

Nadir Bir Gastrektomi Endikasyonu : Gastroparezi

Dr. Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR, Dr. Hülya ÇETİNKAYA, Dr. Kubilay ÇINAR, Dr. Rıfki HAZIROĞLU
Dr. Ergun ERDEM, Dr. Kadir BAHAR, Dr. Ali ÖZDEN, Dr. Ercüment KUTERDEM

Özet: Gastroparezi tanısı alan ve uzun süreli medikal tedaviye cevap vermeyen kaşektik bir hasta, total gastrektomi operasyonu ile tedavi edildi. Bu konuda literatür gözden geçirildi. Genelde medikal tedavi uygulanan gastroparezi vakalarının total gastrektomi ile tedavi edilmesinin nadir bir durum olması nedeniyle yayınlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Gastroparezi, gastrektomi.

Gastroparezi, mekanik bir tıkanma olmaksızın mide içeriğinin transitinin bozulmasıyla ortaya çıkan bir motilite bozukluğudur (1). Gastroparezi, gastrik pacemaker potansiyellerinin anormallikleri ile mide boşalmasında bozukluk mevcuttur (2).

Gastroparezinin klinik gidişi değişken olmakla birlikte şişkinlik, bulantı, kusma ve erken doyma sıklıkla gözlenen semptomlardır (3). Hastalığın tedavisinde antroduodenal kontraktile koordinasyonunu artıran metoclopramide, domperidone ve cisapride kullanılmaktadır. Domperidone, cisapride gibi ilaçlar myenteric plexusdan asetilkolin açığa çıkmasını artırarak etki etmektedirler (2). Tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde semptomların gastrik motor fonksiyonla uyum göstermemesi nedeniyle eldeki tek somut veri mide boşalmanın radyonüklid incelemesidir (1).

VAKA TAKDİMİ

Hasta 27 yaşında evli iki çocuklu, bayan. Hasta dokuz yıldır karın ağrısı yemeklerden sonra bulantı, kusma, ishal ve kilo kaybından şikayetçi. Son iki yıldır şikayetlerinde artış olmuş ve oral

Summary: GASTROPARESIS; AN UNUSUAL INDICATION FOR GASTRECTOMY

A cachectic patient who had diagnosis of gastroparesis and who did not respond to long term medical treatment underwent total gastrectomy. Literature was reviewed, and this case is reported since gastroparesis is usually treated medically and surgery is very rarely indicated.

Key words: Gastroparesis, gastrectomy.

beslenmesi yetersiz olduğu için ağırlığından otuz kilo kaybetmiş. Bu süre içerisinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji kliniğinde aralıklarla yatan hastanın gasatroduodenoskopisi normal olarak değerlendirilmiştir. Batın ultrasonografisi karaciğerde minimal büyüme dışında patoloji göstermemiştir. Özafagus, mide, duodenum baryumlu grafisinde midenin pelvise kadar uzanan hipotonik görünümde olduğu tesbit edilmiştir (Resim 1). İnce ve kalın barsak pasaj grafilerinde patoloji bulunmamıştır. Yapılan malabsorpsiyon testleri normal sınırlar içerisinde çıkmıştır. İnce barsak biyopsisinde orta derecede malabsorbsiyonla uyumlu bulgular görülmüştür. Yapılan radyonüklid incelemede mide boşalma zamanı katı gıdalar için 180/dk. (60-110/dk) uzamıştır. Sıvı faz ise hastanın rahatsızlığı nedeniyle çalışılamamıştır.

Hastanın oral alımının yetersiz olması nedeniyle total parenteral nutrisyon ve parenteral sıvı tedavisi aralıklarla uygulanmıştır. Metoclopramide, cisaprid ve erytromycine tedavilerinin hastanın semptomlarının düzelmesine faydası olmamıştır.

Hasta kliniğimize nakledildiğinde genel durumu düşkün performans statusu 4 (günün tüm kısmını yatakta geçiriyor) vücut ağırlığı 27 kg. idi.

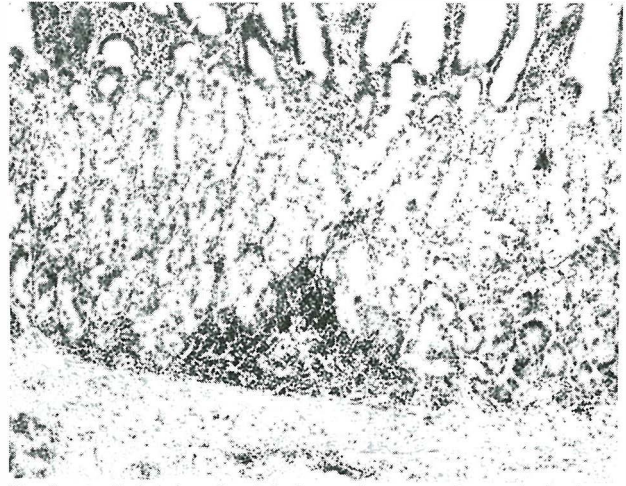


Resim 1 : Özağus, mide, duodenum baryumlu grafisinde midenin hipotonik görünümü.

Tansiyon arteriyel 90/60 mmhg. nabız 116/dk. deride turgor, tonus azalmış, konjunktivalar soluk, aort odağında 2. dereceden sistolik üfürüm, kaslar atrofik, nörolojik muayenede derin tendon refleksleri hipoaktif bulunmuştur.

Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 8.7 mg/dl, hematokrit %24, albumin 2.5 gr/dl, total protein 5,4 gr/dl, glukoz 121 mg/dl, AST 32U/I, ALT 20 U/I, üre 8.8 mg/dl, kreatinin 0,2 mg/dl. bulunmuştur.

Hastanın enteral beslenmesi için lokal anestezi altında tüp jejunostomi açıldı. Hasta jejunostomi ile beslenmeye başlandığında intolerans gelişerek ishal oldu. Hastaya total parenteral nutrisyon, kan transfüzyonu, on günlük medikal tedavi uygulandı. Sonrasında medikal tedaviye dirençli gastroparezi nedeni ile total gastrektomi yapılmasına karar verildi. Total gastrektomi ile roux-n-y özafojejunostomi operasyonu uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Pasaj radyoopak madde ile görüntülenmekten sonra oral beslenmeye geçildi. Spesmenin ışık mikroskobu ile incelenmesinde, 125 büyütmede muskularis mukoza üzerinde ve glandüler yapının altında yaygın mononükleer hücre artışı görüldü (Resim 2). Elektron mikroskopisinde spesmenden elde edilen tüm kesitlerde meisner ve auerbach pleksusuna rastlanmamıştır (Resim 3,4). Hastanın daha sonraki günlerde oral alımından sonra bulantı ve kusmaları olmamıştır.



Resim 2 : Işık mikroskopisinde 125 büyütmede muskularis mukoza üzerinde ve glandüler yapının tabanında yaygın mononükleer hücre artışı görünümü.

Epigastrik ağrı şikayetleri semptomatik tedavi ile düzelmiştir.

Postoperatif 20. günde gelişen düşük debili jejunum fistülü spontan kapandı. Hastanın performans statusu 2 ye yükseldi, birinci ayın sonunda hastanın kilosu bir kilogram arttı, hasta vitamin replasman ve antidepresan tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

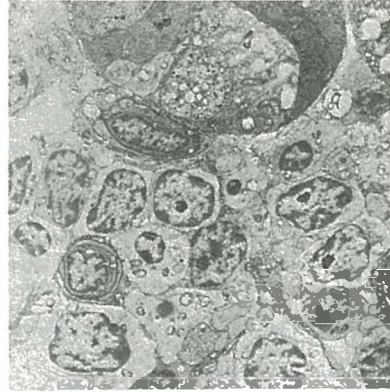
Daha önce bahsedildiği gibi klinik gidişi değişken olmakla birlikte, gastrointestinal sistem incelemesinden sonuç alınamayan, yemeklerden sonra büyük volümlerde katı gıdaların kusulması durumunda gastroparezi akla getirilmelidir.

En sık diabetiklerde izlenmesine rağmen diğer yaygın motilite bozukluklarında örneğin şiddetli kronik konstipasyonda semptom vermeyen gecikmiş mide boşalım zamanı izlenmektedir (4). Spesifik tanı metodlarıyla gastroparezi nedenleri daha iyi anlaşılsada, halen azalmış motilitenin hangi mekanizmalarla semptomları oluşturduğu izah edilememiştir. Tanıda en spesifik test radyonükleer mide boşalma zamanının görüntülenmesidir. Bizim hastamızda yapılan radyonükleer incelemede mide boşalma zamanı uzamıştı (180/dk.).

Midenin boşalma zamanını ölçmede kullanılan gıda ve kalori içerikleri birçok merkezde farklı



Resim 3 : Elektron mikroskopisinde 1650 büyütmede meisner ve auerbach pleksusunun olmadığı görülmekte.



Resim 4 : Elektron mikroskopide 1650 büyütmede muskularis mukoza üzerinde ve glandüler yapının tabanında mononükleer hücre infiltrasyonunu dikati çekiyor.

olmakla birlikte standart bir sistem oluşturulmaya çalışılmaktadır. Her ne kadar semptomlar radyonükleer görüntülemadaki objektif değerlerle direkt bir korelasyon göstermesede, pek çok otorün ortak görüşü bu testin tanıyı desteklemek için kesinlikle yapılması gerektiğidir (1).

Gastropareziye neden olan kontraktilite bozuklukları multifaktöryeldir ve yeterince anlaşılamamıştır. Muhtemel mekanizmalar; bozulmuş fundus tonusu, bozulmuş veya zayıflamış antral pompa, gastrik pacemaker potansiyellerinde aritmiler, antral peristaltik dalga ve pilorik sfinkter relaksasyonu ile proksimal duodenal kontraksiyon arasındaki koordinasyonun bozulması şeklindedir (5).

Mide fundusu bir yandan likitlerin boşalmasını sağlarken diğer yandan reseptif relaksasyon diye bilinen, mideye bolus şeklinde gıda geldiğinde gastrik tonus azalmasını sağlayan bir özelliğin sahibidir. Eğer fundus yeterince gevşemezse midenin kapasitan fonksiyonu bozulacak ve hasta az bir gıda ile doyumluk hissedecektir. Kapasitedeki bu azalma erken doymanın sebebi olabilir. Fakat gastroparezili pek çok hastada katı gıdaların boşalmasında güçlük vardır, sıvı boşalımı normaldir. Bu gözlemler gastropareziye fundus tonusunu belirleyen faktörlerin normal olduğunu düşündürmektedir (1).

Antral kontraktilite anomalilerinin gecikmiş mide boşalmasına etkisi günümüzde daha ön plandadır. Selektif vagotomi gastropareziye yol açmaz, fakat antruma giden vagal dal kesilirse bu durum ortaya çıkabilir. Ayrıca gastropareziye, gastrik pacemaker den antruma giden yavaş dalgaların hız ve regülaritesinde bozukluğun ol-

duğu gözlemlenmiştir. Yüze elektrotlarıyla çekilen elektriksel gastrogramlarda, mide boşalma bozukluklarında antrumun elektriksel aktivitesinin önemi gösterilmiştir (2,5).

Antropilorik motilitedeki bozukluğun gözlenmesiyle, antroduodenal koordinasyonda prokinetiklerin etkili olabileceği ortaya çıkmıştır. Metoclopramide, domperidone ve cisapride'in antroduodenal kontraktilite koordinasyonunu artırdığı rapor edilmiştir (6). Bu ajanların aynı zamanda midenin kontraksiyon frekans ve amplitüdünü de artırdığı gösterilmiştir (7).

Gastroparezinin medikal tedavisinde her üç ajanda denenebilir. Hastamızda medikal tedaviye cevap vermeyen bir gastroparezi tablosu vardı. Cisapride'in uzun süre kullanımının (6 ay) faydalı olduğu bazı hastalarda bildirilmiştir (2). Bizim olgumuzda ise 6 ay süreli 3 x 10 mg cisapride tedavisi hastanın semptomlarını geriletememiştir. Kaşektik bir görünüm kazanan hasta terminal döneme girmişti. Bu noktada gastroparezi tedavisinde nadiren gereken cerrahi girişime başvuruldu. Kontraktilitesi tamamen kaybolmuş midenin total rezeksiyonu ile bir anlamda hasta semptomların tamamen kaybolmuş midenin total rezeksiyonu ile bir anlamda hasta semptomların nüksünden korunmuş oldu. Hasta halen 4 aydır takibimizde olup, ciddi bir problemi yoktur.

Sonuç olarak, gastroparezi semptomları medikal tedavi ile giderilmeye çalışılsada, klinik olarak düzelmeyen, hastayı kaşeksiye kadar götürebilen ciddi vakalar olabileceği gözönünde tutularak cerrahi girişim şansı her zaman akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Reynolds J : Prokinetic Agents : A Key in the Future of Gastroenterology. Gastroenterology clinics of North America. 1989; 18 : 437-55.
2. Rothstein R, Alavi A, Reynolds J : Electrogastrography in patients with Gastroparesis and Effect of Long - Term Cisapride. Dig Dis Sci. 1993; 38 : 1518-24.
3. Reynolds J, Onyang A, Lee CA, et al : Chronic severe constipation : Prospective motility studies in twenty -five consecutive patients. Gastroenterology 1987; 92 : 414-20.
4. Mearin F, Camillari M, Malagelada J-R : Pyloric dysfunction in diabetics with recurrent nausea and vomiting. Gastroenterology 1986; 90 : 1919-25.
5. Geldof M, Van Der Schee EJ, Van Blankenstein M, Grashuis JL : Electrogastrographic study of gastric myoelectrical activity in patients with unexplained nausea and vomiting. Gut 1986; 27 : 799-808.
6. Eyre - Brook IA, Smallwood R, Johnson AG : Human antroduodenal motility, pyloric closure and domperidone. Scand J Gastroenterol 1984; 19 : 4-7.
7. Johnson AG : The action of metoclopramide on human gastroduodenal motility. Gut 1971; 12 : 421-26.



- Balon Dilator Setleri
- Taş Çıkartma Balonları - 90 Derece
- Papillatomlar - Radyopak
- Biliary Stent Kitleri
- Taş Basket (üçlü veya dörtlü helical) ve Forceps setleri
- Polipektomi Snare Setleri
- Skleroterapi iğneleri (5 mm de posi-stop)
- ERCP Kanülleri
- Chiba İğneleri
- Hepafix iğneleri
- Guide-wire
- Mikrobiyoloji ve Sitoloji Fırçaları

**Everest Medical**

- Bipolar Polypectomy Snare
- Bicoag Probe
- ERCP Kanülleri
- Bitome Sphincterotome
- Bipolar Biopsy Setleri

**DIŞ TİCARET A. Ş.**

Halit Ziya Sok. 13/1 Çankaya-ANKARA

Tel. (0-312) 440 97 40 - 440 97 12 Faks: 440 97 72

İstanbul tel. (0-216) 310 47 98, İzmir tel. (0-232) 422 24 45