



Total Gastrik Nekrozlu İki Olguda Jejunal Mide Replasmanı

Jejunal Replacement of Stomach in Two Children with Total Gastric Necrosis

Önder Özden¹, Ender Fakıoğlu¹, Hilmi Serdar İskit¹, Hasan Okur¹, Ünal Zorludemir¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Cukurova Medical Journal 2014;39(2): 403-407.

ÖZET

Çocuklarda total gastrektomi çok nadir ihtiyaç duyulan bir cerrahi işlem olduğundan mide replasmanı deneyimi de çok kısıtlıdır. Bu çalışmada total gastrik nekroz nedeni ile jejunum kullanarak mide replasmanı yaptığımız iki olgu sunulmaktadır. İlk hastamız yakıcı madde içen 2 yaşında mide perforasyonu ve total nekroz nedeni ile acil ameliyata alınmış ve jejunal ansların onarım yapılmış bir erkek çocuktur. İkinci olgumuz ise 11 yaşında sol doğumsal diyafragma hernisine bağlı akut gastrik volvulusu nedeniyle total gastrektomi ve Hunt-Lawrence tip ösefagojejunostomi yapılmış bir kız çocuktur. İki olgu ile sınırlı deneyimimiz, çocuklarda midenin tamamının kaybedildiği durumlarda jejunum ile onarımın iyi bir seçenek olduğunu düşündürmektedir

Anahtar Kelimeler: Çocuk, mide replasmanı, gastrik volvulus, korozif madde.

ABSTRACT

Total gastrectomy is an extremely rare procedure in children and experience with its replacement is very limited. We present two patients who had jejunal replacement due to total gastric necrosis. The first patient was a 2-year-old boy who admitted with a history of caustic ingestion. He was taken operation because of gastric perforation and necrosis. Anastomosis was applied by using jejunal segments. The second patient was an 11-years-old girl who left diaphragmatic hernia and acute gastric volvulus. At laparotomy, Total gastrectomy and Hunt-Lawrence type gastroesophostomy were made. Reconstruction with jejunum is thought as a good option in total gastric necrosis according to our 2 patient experiences.

Key Words: Children, stomach replacement, gastric volvulus, corrosive substance.

GİRİŞ

Mide rekonstrüksiyonu, erişkinlerin aksine çocuklarda çok nadiren gerekmektedir. Erişkinlerde özellikle mide kanseri cerrahi tedavisinde yaygın şekilde kullanılmaktadır¹⁻³. Çocuklarda ise mide replasmanı gereksinimi doğuran durumlarda çok nadir olarak karşılanır. Akut gastrik volvulus⁴, konjenital microgastri⁵ ve korozif madde⁶ alımı sonrası gastrik rekonstrüksiyon yapıldığını bildiren vaka sunumları mevcuttur. Bu çalışmada total gastrik nekroz nedeni ile jejunum kullanarak mide replasmanı yaptığımız iki olgu sunulmaktadır.

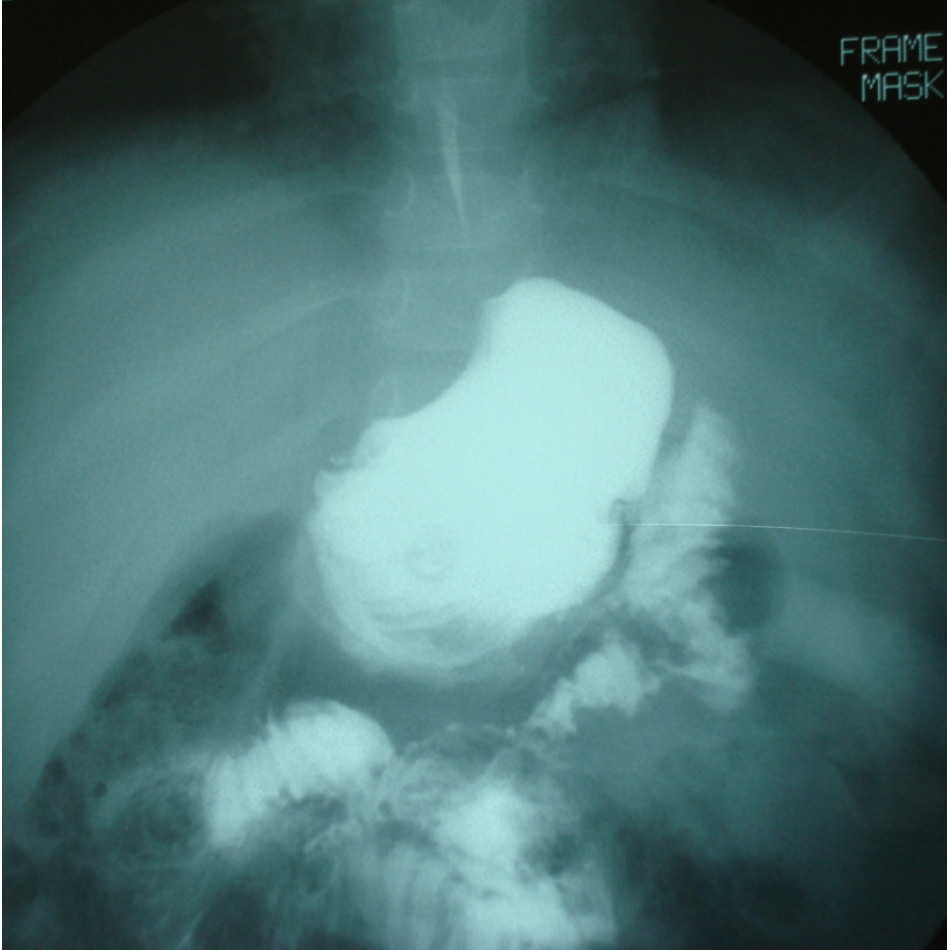
OLGU SUNUMU

Olgu 1

İki yaşında erkek hasta, hastanemize geldiğinde 2 saat önce markası belli olmayan, ailenin tuz ruhu olarak belirttiği sıvıdan yarım çay bardağı kadar içmişti. Fizik muayenesinde takipnesi, interkostal çekilmeleri olan hasta yoğun bakımda izlendi. İzleminde solunum sıkıntısı artan hasta entübe edildi. Yatakbaşı yapılan fleksible bronkoskopisinde trakea, ana bronşlar ve distal bronşlarda yer yer hiperemi ve mukozal harabiyeti olduğu görüldü. 24 saat sonra oturarak çekilen

karın grafisinde diyafragma altı serbest hava görülmesi üzerine gastrointestinal perforasyon tanısı ile acil ameliyata alındı. Ameliyatta küçük kurvaturada 3 cm boyunda küçük bir şerit hariç mide duvarının tümünün nekroze olduğu görüldü. Trietzdan itibaren 30 cmden jejunal segment kesildi. Distal jejunumun anti-mezenterik kısımdan 8 cm'lik kesi yapıldı ve o kısım midenin kalan

kısına anastomoz edildi. Proksimal jejunum, mide anastomozun 40 cm uzağına uç yan anastomoz yapılarak Roux-en-y prosedürü yapıldı. İzleminde genel durumu düzeldi ve taburcu edildi. Kontrol kontrastlı grafilerinde (Resim 1) ve endoskopisinde ösefagus normaldi. 3 yıl takipte olan hastanın beslenmesinde problemi yoktu.



Resim 1. Korozif madde içimi sonrası mide replasmanı yapılan hastanın kontrol opaklı grafisi

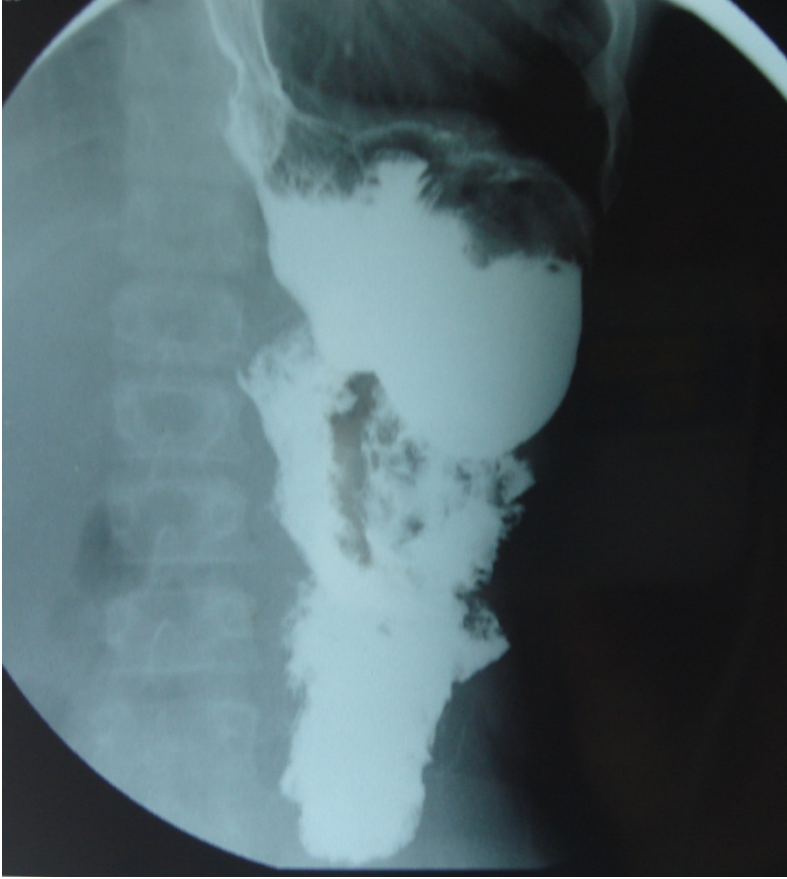
Olgu 2

Onbir yaşında kız hasta hastanemize karın ağrısı, kusma ve konfüzyon şikâyeti ile geldi. Fizik muayenede karında yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Yapılan akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi sonucu sol diyafragma hernisi saptandı. Akut karın tanısıyla ameliyat edilmesine karar verildi. Ameliyatında Bochdalek hernisi mevcuttu.

Mide, dalak, kalın ve ince barsağın bir kısmı torakstaydı. Mide volvulusu mevcuttu. Mide, intra abdominal ösefagus ve dalak tümüyle nekrotikti. Ösefagusun distal kısmından, pilora kadar tüm mide rezeke edildi. Beslenme amaçlı jejunostomi yapıldı. Ösefageal drenaj, nasoösefageal tüple sağlandı. Hasta 5 ay sonra tekrar eksplore edilerek Hunt- Lawrence tekniği ile ösefagojejunostomi

yapıldı. Aynı seansta splenektomi, intestinal devamlılık için Roux-en-Y jejunojunostomi ve beslenme amaçlı tüp jejunostomi yapıldı.

Komplikasyonsuz iyileşen hasta 5 yıldır izlenmektedir (Resim 2).



Resim 2. Akut gastrik nekroz sonrası mide replasmanı yapılan hastanın control opaklı grafisi

TARTIŞMA

Kanser tedavisi için ilk total gastrektomi yapıldıktan sonra mideyi optimal şekilde rekonstrükte edilmeye çalışılmıştır⁷. İyi bir rekonstrüksiyon, intestinal yolun devamlılığını ve yeterli beslenme durumu sağlamalıdır. Bunun için erişkinlerde total gastrektomi sonrası, mide rekonstrüksiyonu için birçok teknik geliştirilmiştir. Basit ösefagojejunostomi, j poş rekonstrüksiyon, duodenal geçişin korunduğu j poş, Roux-en-Y'li J poş, Roux-en-Y'li S poş ve Roux-en-Y'li p poş gibi tekniklerdir⁸. Poşlu ve poşsuz rekonstrüksiyonu karşılaştıran erişkinler için birçok çalışma

mevcuttur⁹⁻¹¹. Poşlu olması, öğün miktarını arttırdığını ve ameliyat öncesi duruma kısa sürede geldiğini ancak zaman geçtikçe bu farkın azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur¹²⁻¹⁴. Çocuklarda konjenital mikrogastri, akut gastrik volvulus ve gastrik nekrozda, gastrik rekonstrüksiyon için jejunum kullanıldığı ve sonuçlarının iyi olduğunu bildiren sadece kısıtlı deneyimleri içeren olgu sunumları mevcuttur⁴⁻⁶. Biz de literatürdeki çalışmalar ışığında jejunumu kullanmayı tercih ettik. İki olguda sorumlu cerrahların tercihleri doğrultusunda farklı yöntemler kullanılmıştır. Ameliyat sonrası uzun süre geçen her iki olgumuzda beslenme kalitesi, büyüme gelişme

parametreleri ve yakınmalar açısından farklılık olmaması nedeni ile, erişkinlerde yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda olduğu üzere poşlu ve poşsuz yöntemler arasında ciddi bir klinik kazanım farkı olmadığını düşünüyoruz. Total mide kaybı sonrası diğer dikkat edilmesi gereken bir husus da mide tarafından sentezlenen intrinsik faktör eksikliğidir. Bu nedenle aylık vit B12 replasmanı yapılmalıdır. Olgularımız bu açıdan ameliyat sonrası erken dönemden itibaren desteklendiği için sorun yaşanmamıştır.

Çocuklarda mide replasmanı gerektiren klinik durumlar arasında korozif madde içilmesi de yer alır. Korozif maddeler genellikle ösefagusta yanık oluştururlar. Korozif madde alımından sonra gastrik yaralanma daha düşük sıklıkta gözlenir(referans). Korozif mide hasarı en sık antrum ve pilorda yerleşimlidir. Korozif madde alımı sonrası midede total veya totale yakın hasar ve nekroz ise çok nadirdir.¹⁵ Türkiye'den yapılan bir çalışmada 1709 korozif madde içen hasta değerlendirilmiş ve endoskopide hasara bağlı gastrit olan 73 hasta bulunmuştur. Gastrik nekroz ise bunların sadece 5'inde görülmüştür.

Gastrik volvulus, önbarsak obstrüksiyonlarının nadir nedenlerindedir. Çocuklarda gastrik anatomideki bozukluklar ve doğumsal diyafragma hernisi gastrik volvulusun nedenleri arasındadır¹⁶. İkinci olgumuzda gastrik volvulus ve buna sekonder total mide nekrozu doğumsal diyafragma hernisine bağlıdır. Doğumsal diyafragma hernisinin geç tanı alması ve akut gastrik volvulus ile ortaya çıkışı da çok nadir bir durumdur⁵. Prenatal tanısı da mümkün olduğundan çoğu hasta yenidoğan döneminde tanı almaktadır. Borchartt 1904'te, akut gastrik volvulusta Borchartt triadı olarak bilinen 3 klinik bulgu tanımlamıştır. Bunlar kusamama, epigastrik distansiyon ve N/G yerleştirememedir ve bu belirtiler bizim hastamızda da gözlenmiştir¹⁷.

Sonuç olarak her iki olgumuzda da midenin jejunal replasmanı hastalar tarafından iyi tolere edilmiş ve klinik olarak da iyi sonuç alınmıştır. İki olgu ile sınırlı deneyimimiz, çocuklarda midenin

tamamının kaybedildiği durumlarda jejunum ile onarımın poşlu veya poşsuz teknik kullanılmasından bağımsız bir şekilde iyi bir seçenek olduğunu düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Shchepotin IB, Evans SR, Chorny VA, Shabahang M, Buras RR, Nauta RJ. Postoperative complications requiring relaparotomies after 700 gastrectomies performed for gastric cancer. *Am J Surg.* 1996;171: 270-3.
2. Takeshita K, Saito N, Saeki I, Honda T, Tani M, Kando F, et al. Proximal gastrectomy and jejunal pouch interposition for the treatment of early cancer in the upper third of the stomach: surgical techniques and evaluation of postoperative function. *Surgery.* 1997;121:278-86.
3. Shibata C, Ueno T, Kakyu M, Kinouchi M, Sasaki I. Results of reconstruction with jejunal pouch after gastrectomy: correlation with gastrointestinal motor activity. *Dig Surg.* 2009;26:177-86.
4. Ayala JA, Naik-Mathuria B, Olutoye OO. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia manifesting as combined-type acute gastric volvulus: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2008;43:35-9.
5. Dicken BJ, Novotny NM, Breckler FD, Yim JP, Rescorla FJ. Use of the Hunt-Lawrence pouch in congenital microgastria--a report of 2 cases. *J Pediatr Surg.* 2010;45:2238-40.
6. Boybeyi O, Karnak I, Tanyel FC, Senocak ME. Management of unusually extensive esophagogastric corrosive injuries: emergency measures and gastric reconstruction. *J Pediatr Surg.* 2009;44:1022-6.
7. errington JL, Jr. Various types of pouch replacement following total gastrectomy. Historical data and current thoughts regarding total gastrectomy. *Am Surg.* 1968;34: 879-87.
8. Lehnert T, Buhl K. Techniques of reconstruction after total gastrectomy for cancer. *Br J Surg.* 2004;91:528-39.
9. Liedman B, Andersson H, Berglund B, Bosaeus I, Hugosson I, Olbe L, et al. Food intake after gastrectomy for gastric carcinoma: the role of a gastric reservoir. *Br J Surg.* 1996;83:1138-43.

10. Bozzetti F, Bonfanti G, Castellani R, Maffioli L, Rubino A, Diazi G, et al. Comparing reconstruction with Roux-en-Y to a pouch following total gastrectomy. *J Am Coll Surg.* 1996;183:243-8.
11. Iivonen MK, Koskinen MO, Ikonen TJ, Matikainen MJ. Emptying of the jejunal pouch and Roux-en-Y limb after total gastrectomy--a randomised, prospective study. *Eur J Surg.* 1999;165:742-7.
12. Nakane Y, Okumura S, Akehira K, Okamura S, Boku T, Okusa T, et al. Jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy for cancer. A randomized controlled trial. *Ann Surg.* 1995;222:27-35.
13. Liedman B. Symptoms after total gastrectomy on food intake, body composition, bone metabolism, and quality of life in gastric cancer patients--is reconstruction with a reservoir worthwhile? *Nutrition.* 1999;15:677-82.
14. Kono K, Iizuka H, Sekikawa T, Sugai H, Takahashi A, Fujii H, et al. Improved quality of life with jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy. *Am J Surg.* 2003;185:150-4.
15. Ciftci AO, Senocak ME, Buyukpamukcu N, Hicsonmez A. Gastric outlet obstruction due to corrosive ingestion: incidence and outcome. *Pediatr Surg Int.* 1999;15: 88-91.
16. Cribbs RK, Gow KW, Wulkan ML. Gastric volvulus in infants and children. *Pediatrics.* 2008;122:752-62.
17. Bochardt M. Zur Pathologie und Therapie des Magen Volvulus. *Arch Klin Chir.* 1904;74:156-8.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Önder Özen
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı
01330, Balcalı Hastanesi
Sarıçam/Adana
e mail: onder24@hotmail.com

geliş tarihi/received :03.01.2014
kabul tarihi/accepted:30.01.2014