

ANASTOMOZ ARKASI FITIKLARI

«İki vak'a ilişkisi ile»

Dr. Ferruh Uzer *

Dr. Ochan Özbal **

Ante ve retrokolik Billroth II. tipi ameliyatlarından sonra anastomozun arkasında bir açıklık kalır. Bu açıklığın kapatılmadığı hal-lerde, ince barsak, omentum ve nâdirende transvers kolonu içine alan iç fitiklar teşekkül edebilir. Bu oluşumlar sağdan sola veya soldan sağa geçebilir (6).

1897 de BUDDEE, retrokolik anastomozdan sonra meydana ge-len ilk iç fitığı «retroanostomik hernia» tarif etmiştir. Bu vak'ada efferent ans soldan sağa geçiyordu. 1900 yılında PETERSEN böyle bir vak'a bildirmiştir, hâtta bundan sonra bu gibi iç fitıklar PETER-SEN ismiyle anılmaya başlanmıştır. 1901 de WEBER antekolik gastrojejunostomiden sonra bir iç fitığın meydana geldiğini gör-müştür. FROMME 1920 de literatürde antekolik anastomozdan sonra 4, retrokolik gastrejejunostomiden sonra da 18 vak'a tespit etmiştir. HIMMEMMANN (1933) de antekolik anastomozdan sonra 8, retrokolik anastomozdan sonrada 38 vak'a bulmuştur, bu vak'ala-rın çoğuna gastro - enterostomi yapılmıştı (4).

Literatürdeki bu vak'alara rağmen birçok araştırmacılar, bu gi-bi fitıkların daha çok antekolik anastomozlardan sonra görüldüğü kanısındadırlar.

KLİNİK MATERİEL : 1960 - 1969 yılları arasında I. Cerrahi Kliniğinde daha evvel başka kliniklerde mide rezeksiyonu ve antekolik gastrojejunostomi yapılan iki vak'ada iç fitık teşhis edilerek ameliyat edilmiştir.

Vak'a I : Prot. No. 1488/3729, F. U. 66 yaşında. Hastaya iki sene evvel duodenum ülserinden ötürü Billroth II. Tipinde mide rezeksiyonu ve antekolik

* A. Ü. Tıp Fakültesi I. Cerrahi Kürsüsü Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi I. Cerrahi Kürsüsü Baş Asistanı.

gastrojejunostomi yapılmış, hastanın başlıca şikâyetleri karında ağrı ve kusma idi. Hastanın lab. bulguları normaldi.

Yapılan laparatomide, afferent ansın 30 cm. uzunluğunda olduğu, efferent ansın 1 metre jejunumla beraber anastomozun arkasından soldan sağa geçerek ileusa sebep olduğu tesbit edildi. Bu aralık kapatıldı. Hasta süratle iyi oldu ve şikâyetleri tamamen geçti.

Vak'a II : Prot. No. 1437/3597, A. S. 60 yaşında Hastaya üç sene evvel duodenum ülserinden ötürü Billroth II. Tipinde mide rezeksiyonu ve antekolik gastrojejunostomi yapılmış. Hasta kliniğimize acil olarak, kusma, ağrı gaz ve feçes tutukluğu şikâyetleri ile müracaat etmiştir. Yapılan muayenede, karında peristaltik hareketler gözle takip edilebiliyordu. Elleme ile, sol hipokondriumda yumuşak bir kitle tespit edildi. Çekilen direkt karın grafisinde seviye yoktu, fakat sol hipokondrumda 10 x 10 cm. boyutlarında kenarları sınırlı opasite gösteren şüpheli bir gölge mevcuttu.

Yapılan laparatomide: Afferent ansın 40 cm. uzunluğunda olduğu ve anastomozla kolon arasındaki arahtan geçerek bir iç fitik meydana getirdiği görüldü. Fitik redükte edildiğinde, içindeki sıvı tamamen boşaldı. Bir Braun anastomozu yapılarak ameliyata son verildi.

Bu hastanında genel durumu süratle düzeldi ve şikâyetleri tamamen geçti.

TARTIŞMA

Anastomoz arkası ve iç fitikler ihtiva ettikleri oluşumlara ve geçiş yönlerine göre değişik tipler gösterirler.

İç fitikların teşekkülünde kolonla anastomoz arasındaki açıklık sebep olarak gösterilebilirse, bazı yazarlar barsağın bu aralıktan geçmesini sağlayacak bir takım faktörlerin mevcudiyetini ileri sürmüşlerdir.

Bu faktörleri yazarlarına göre şöylece sıralıyabiliriz :

1. 1900 PETERSEN : Anastomoz edilen ansın arkasına bırakılan gaz kompresin ameliyat sonunda çekilirken beraberinde incec barsağın bir kısmınıda çekerek hiatustan geçmesine sebep olduğunu ileri sürmüştür.

2. REISCHAUED : İnce barsak kontraksiyonları barsağı daraltır ve sertleştirerek hiatustan geçmesini kolaylaştırır.

3. Kusma ve öksürme sonucu karın içi basıncında meydana gelen değişiklikler ince barsağın hiatustan geçmesini sağlayabilir.

4. LOCKORD : Karın ameliyatlarından sonra diafrağmanın sol tarafının felç olması, barsakların yukarı ve sola kaymasına sebep olur.

5. 1954 ROUX, NEGRA ve MARCHAL : Artık midenin küçük kurvaturuna bağlı olan ans sabittir. Büyük kurvatura bağlı ola ans mide peristaltizmi ile orta çizgiye doğru itilecektir ve böylece hiatustan geçme imkanı ortaya çıkacaktır.

6. 1955, BORTUZZO : Antekolik anastomozdan sonra, transvers kolonun peristaltik hareketleri ince barsak ansında beraberinde sağdan sola süüklemektedir (2).

Bu varsayımların birçoğu yetersiz olabilir, fakat afferent anın uzunluğu ve bunun mide ve kolonla olan anatomik ilişkisinin fıtığın tipi ve yönüyle yakından ilgili olması gerekir.

İç fıtıkların sebep olduğu tıkanmanın belirtileri : (5)

1. Devamlı ağrı,
2. Safra ihtiva etmeyen vomitus,
3. Gerilmiş barsak ansının sol üst karında radyolojik görüntüsü,
4. Ele gelen kitle,
5. Tıkanan ansın perforasyonu ve teşekkül eden peritonit.

Anastomoz arkası fıtık tipleri :

I. Antekolik anastomozlar :

- a. Efferent ansın sağdan sola geçmesi ve karın boşluğuna kadar uzanması,
- b. Efferent ansın sağdan sola geçmesi fakat karın boşluğu yerine omentum minusa kadar uzanması,
- c. Effrent ansın soldan sağa geçmesi,
- d. İnce barsağın büyük bir kısmının ve bazan mobil çekumun da beraber soldan sağa geçmesi,

- e. Uzun afferent ansın sağdan sola geçmesi,
- f. Afferent ansın sağdan sola geçmesi ve aynı zaman efferent ansın da soldan sağa geçmesi,
- g. Omentumun sağdan sola geçmesi.

II. Retrokolik anastomozlar :

- a. Uzun afferent ansın sağdan sola geçmesi,
- b. Efferent ans ve ince barsağı büyük bir kısmının sağdan sola geçmesi.

İç fitiklar ameliyattan birkaç saat sonra görülebildiği gibi, senelerce sonrada teşekkül edebilir. Bizim iki vak'amızda ameliyattan birkaç sene sonra iç fitik meydana gelmişti.

Ameliyattan hemen sonra afferent ans fitik olursa, duadenum stumpunda açılma olabilir, çünkü afferent ans içindeki basınç artmıştır (3).

BASTABLE ve HUDDY 1960 da, bu komplikasyonun bütün parsiyel gastrektomilerden sonra % 1 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir (2).

Retrokolik parsiyel gastrektomiden sonra görülen iç fitikların çoğu efferent tiptedir. Afferent tip ise daha çok antekolik parsiyel gastrektomiden sonra görülür .

İç fitikların önlenmesi için, afferent ans mümkün olduğu kadar kısa alınmalı ve anastomozla kolon arasındaki açıklığın appendices epiploica'ların efferent ansa dikilerek kapatılması ile önenebileceği kanısındayız (1).

ÖZET

Ante ve retrokolik Billroth II tipi ameliyatlarından sonra anastomozun arkasında bir açıklık kalır. Bu açıklığın kapatılmadığı halde, ince barsak, omentum ve nadiren transvers kolonu içine alan iç fitiklar teşekkül edebilir. Bu iç fitiklar çoklukla antekolik anastomozlardan sonra görülür.

I. Cerrahi kliniğinde ameliyat edilen iki vak'a takdim edildi ve bununla ilgili literatür gözden geçirildi.

Anastomoz arkası fıtıkları ihtiva ettikleri oluşumlara ve geçiş yönlerine göre değişik tipler gösterirler.

İç fıtıkların önlenmesi için, afferent ans kısa alınmalı ve anastomozla kolon arasındaki açıklığın kapatılması gerekmektedir.

SUMMARY

Retro - Anastomotic Hernias

In both ante - and retrocolic types of the Billroth II operation a gap is left behind the anastomosis. When this gap is not closed, internal hernias are formed involving small bowel, omentum and seldom transvers colon. These internal hernias are usually seen after antecolic anastomoi.

Two cases of internal hernia following gastrojejunal anastomosis is presented with a review of the literature.

Retroanastomotic hernias show different types, according to their direction and what they contain. For prevention of internal hernias, afferent loop should be taken as small as possible, and the gap behind the anastomosis should be closed.

LİTERATÜR

- 1 — ARTZ, HARDY, J. : Internal Herniation of the Jejunal Loop, Complications in Surgery and Their Management, Saunders Co. London, 1967.
- 2 — BASTABLE, J., HUDDY, P. E. : Anastomotic Hernia, «PETERSEN'S Hernia» Eight Cases of Internal Hernia Following Gastrojejunal Anastomosis, with a Review of the Literature. Brit. J. Surg. 17 : 373, 1955.
- 3 — JONES, A., GUMMER, J. W. P., LENNARD, J. E. : Clinical Gastroenterology, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1968.
- 4 — MAINGOT, R. : Abdominal Operations, D. Appleton - Century Co. U.S.A. 1969.
- 5 — WEST, J. : Obstruction of Proximal Jejunum Following Gastric Resection and Antecolic Anastomosis. Surgery, 34 : 98, 1953.
- 6 — WOODWARD, E. R. : The Pathophysiology of Afferent Loop Syndrome. Surg. Clin. North Amer. 46 : 411, 1966.

(Mecmuaya geldiği tarih : 14 Nisan 1970)