

PANATONE İLE VAGOTOMİNİN YETERLİLİĞİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Nusret Torun*

19. uncu yüzyıldan bu yana mide ve duodenum'un peptik ülserlerinin cerrahi tedavisi için değişik ameliyat usülleri denenmiş olmasına rağmen günümüzde yerleşmiş tek bir ameliyat yöntemi yoktur. Diğer bir deyimle 1881'de WÖLFLE ve 1884'de RYDYGIER'in uyguladıkları derivasyon ameliyatlarının üzerinden bir yüzyıldan fazla zaman geçmiş olmasına rağmen bu hastalıkta kesin başarı sağlayan bir ameliyat yöntemi oluşturulamamıştır. Bu konuda sürdürülen çalışmalar asiditenin rolünün kesin anlaşılmasını ortaya koymuş ve cerrahi tedavide asiditeyi ortadan kaldırmaya ya da ülser yapamayacak seviyelere indirmeye yöneltmiştir. Bu amacı sağlamada araştırmacılar yeni imkânlar arasında Vagotomi'yi önermişler ve değişik vagotomi şekilleri üzerinde çalışmalarından söz etmişlerdir.

DRAGSTEDT, OWENS, JACKSON, FRANKSON, HARKINS, GRIFFITH, BURGE (5,10,11,15,14) gibi araştırmacıların çalışmaları peptik ülser cerrahi tedavisine yeni umutlar açmıştır. Peptik ülser cerrahi tedavisine eklenen Vagotomi, bu hastalıkta seçkin bir yöntem olarak kabul edilmiştir. Vagotomi ile birlikte uygulanan drenaj ameliyatları derivasyon ve rezeksion ameliyatlarının bir çok sakıncalarını ortadan kaldırmış, fakat postvagotomik belirtiler ve nüks ülserleri sorun olarak kalmıştır. Her ne kadar nüks ülserleşme kullanılan bir çok yöntemler ile aşırı bir düşme göstermişse de, genel olarak cerrahlar tekrarlayan ülserlerden rahatsızdırlar.

Bu güne kadar uygulanan değişik ameliyat tekniklerinin sonuçları bu durumu açıkça ortaya koymaktadır.

Bilindiği gibi nüks ülserlerin ortaya çıkmasından tam yapılamayan Vagotomi'ler antral staz, rezeksionlardan sonra Antrum'un bir kısmının bırakılması, Ellison-Zol linger tümörleri sorumlu tutulmuştur (5,10). Bu etkenler içerisinde muhakkak en başta geleni tam yapılamayan sinir kesilmeleridir (7,6). Bu konudaki araştırmalar dokunulmadan bırakılan bir sinir dalının aşırı asit salgısına yol açtığı, yine insanlarda bırakılan küçük bir Vagus dalında nüks ülserlee yol açtığı

* A.J. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı Doçenti

gösteilmiştir (5). Bizde kliniğimizde Duodenum ülseri cerrahi tedavisi için uyguladığımız değişik Vagotomi ameliyatlarından sonra postoperatif erken ve geç devrelerde saptadığımız oldukça yüksek Hollander (+) pozitif testlerde, peroperatuar boyama metodu ile ne oranda H (+) testinin azalacağını saptamaya çalıştık.

MATERYEL VE METOD

Bu çalışmada, Ekim 1979 ve Mayıs 1982 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'ne, Duodenum ülseri cerrahi tedavisi için başvuran ülser karışımı yapmış 37 hasta oluşturmaktadır.

Uyguladığımız metod'u konuya açıklık getirmesi bakımından 3 grupta incelemeyi uygun bulduk :

1 — Ameliyat öncesi, 2 — Metodun uygulanması, 3 — Ameliyat sonu kontrol.

1 — Ameliyat önnü :

a. Olgularımızda duodenum ülser tanısı, klinik muayene, radyolojik mide-duodenum tetkiki ve laboratuar incelemeleri ile konulmuştur.

b. 37 olgunun tümüne 1 saatlik B.A.S. testi uygulanmış, elde ettiğimiz değerler, ameliyat sonu devredeki B.A.S. testi ve Hollander Test sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

2 — Metodun uygulanması (teknik) :

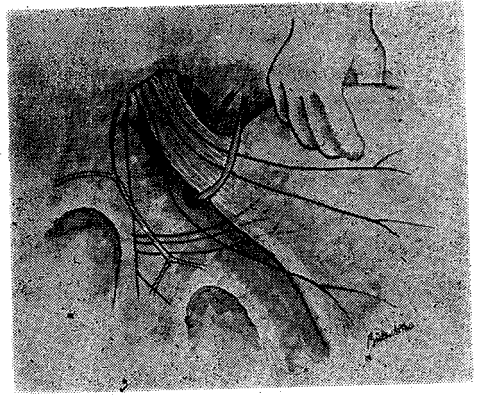
Karın göbek üstü ve göbek altı sağ paramedian kesi ile açılır. Karaciğer bağı kesilip her iki ucu dikişle bağlanır. Sağ paramedian kesi ve karaciğer bağının kesilmesi hem diğer vagotomi şekilleri için hem de Y.S.V. için iyi bir ameliyat alanı sağladığı gibi, pyloroplasti gerektiğinde onuda mümkün kıldığından tarafımızdan tercih edilmektedir. Karın açıldıktan sonra Duodenum'da ülser olup olmadığı saptanır, diğer karın organlarının gözlemi yapıp, pylor halkasının anatomik durumu (darlık olup olmadığı) tesbit edilir, mide büyük kurvatur tarafında bir yardımcı tarafından kompresle tutularak karının sol dış istikametinde birazda yukarı doğru çekilir. Operatör Özofagus'un solunda Vaza Brevia'ların altında His açısından makas yardımı ile seroze kesilerek küçük bir kesi yapılır. Açılan bu kısımdan sağ el işaret parmağı özofagus altından geçirilerek arka vagus trunkusu ve bunun çöliak dalı omentum minus arkasında hissedilir. İşaret parmağı biraz geri çekilir. A. Gastrika'nın inen ve çıkan dalları arasından omentum minusun mideye en yakın yerinden plek sus hepaticus'un 2 cm. kadar aşağısından bir makas yardımı ile parmak çıkarılarak (Şekil - 1) burası genişletilir. Bu kısımdan büyük Rumel pensi sokulup yumuşak bir lastik boru pensin ucuna tutturulup pens lastik boru ile birlikte geri çekilir. Böylece bu lastiğin içinde özofagus, ön vagus trunkusu yada trunkusları ve bunun gastrik dalları bulunur (Şekil - 2).

Daha sonra özofagus serozası üzerine bistüri yardımı ile transvers bir kesi yapılarak, özofago-gastrik bileşimden itibaren proksimalde 7 cm. lik bir kısımda Vagotomi tamamlanır (Şekil - 3).

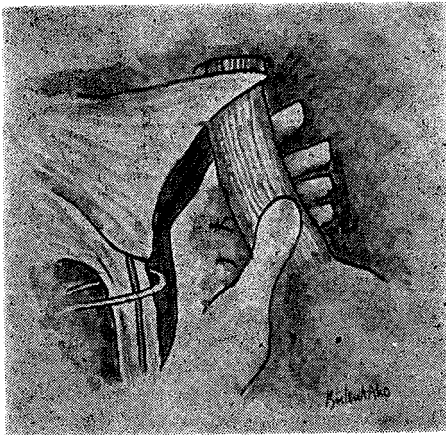
Şekilde görüldüğü gibi Vagotomi tamamlandıktan sonra «PANATONE» ampul açılıp bir tüp - fer üzerine bolca döküldükten sonra sinirsiz hale getirilmiş olan abdominal özofagus'un 7 cm. lik kısmına çepeçevre boya tatbik edilir. Denerve edilmiş olanbu bölge koyu mavi renge boyanır. Bir dakika kadar beklendikten sonra serum fizyolojikte ıslatılmış olan bir gaz tamponla özofagus'un boyanan kısmı



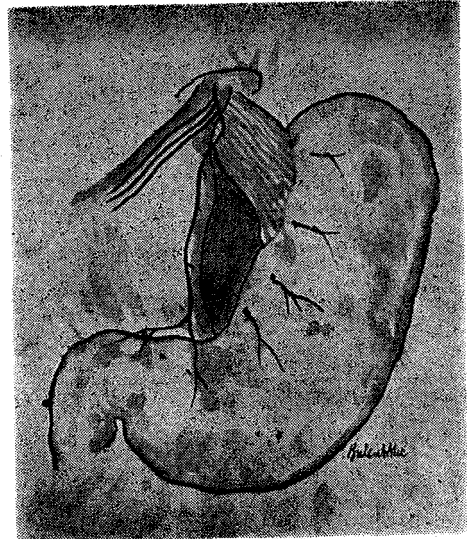
Şekil - 1



Şekil - 2



Şekil - 3



Şekil - 4

temizendir. Eğer vagal lifler kalmışsa bu lifler ince parlak mavi renkte özofagus adalesi üzerinde (Şekil - 4) ve kas lifleri arasında görülür. Özofagus'un palpasyonla arka tarafında çevrilip kontrol edildikten sonra, eğer saptanmış sinir lifi varsa bunlar tüm olarak çıkarılıp patolojik tetkike gönderilir.

PANATONE : Leucomethylene blue : Renksiz bir solüsyon olup, açılıp hava ile temasa gelince çok kısa zamanda koyu mavi bir renge dönüşür.

Kapsamı : % 0.4 Methylene blue, % 7.02 Arcorbic acid, % 1.6 Sodium bicarbonate, pH : 4.0 dür.

3 — Ameliyat sonu erken devrede (10 gün) vagotominin yeterliliğini saptamak için olgularımızın tümüne 1 saatlik B.A.S. testi ile olgularımızın bir kısmına Hollander testi uyguladık.

Hollander testini :

- A) Peroperatuar boyama uygulanıp sinir lifi boyanmayan olgularda,
- B) Peroperatuar boyama uygulanıp sinir lifi boyanmış olgularda uyguladık.

BULGULAR

Çalışmamızı oluşturan 37 vak'anın 25'i erkek 12 si kadın olup, yaş ortalaması 38 olarak belirlenmiştir. 37 olguda uyguladığımız ameliyat yöntemler itablo-1 de gösterilmiştir.

Tablo - 1 : 37 olguda uygulanan ameliyat yöntemleri görülmektedir.

Uygulanan ameliyat yöntemi	Jabulay p.p.	Gastro jejunostomi	Heinike-Mikulicz pyloroplasti	Drenajsız
T.V.	10 olgu	3 olgu	4 olgu	6 olgu
Y.S.V.	7 olgu	3 olgu	4 olgu	—

Ameliyat öncesidevrede 37 olguya uyguladığımız 1 saatlik B.A.S. testi sonuçları ile ortalama değerleri (meq/saat) olarak Tablo-II de gösterilmiştir.

Tablo - II : Ameliyat öncesi 1 saatlik B.A.S. testi sonuçları ile Meq/saat olarak ortalama değerler görülmektedir

Uygulanan yöntem	Olgu sayısı	Ortalama değerler meq/saat	%
B.A.S.	37		
Hiperasidit	32	2.8-5.2 meq/saat	% 86.5
Normasidite	5	1.8-2.1 meq	% 13.5

Ameliyat sonu erken devrede (10 gün) uyguladığımız 1 saatlik B.A.S. testi sonuçları ile ortalama değerleri meq/saat olarak ve % azalma oranları Tablo III de gösterilmiştir.

Tablo - III : Ameliyat sonu erken devrede (10 gün) uygulanan B.A.S. testi sonuçları ve % azalma oranları görülmektedir.

Uygulanan yöntem	Vak'a sayısı	Ortalama değerler değerler	% olarak azalma oranı
B.A.S.	37		
Hipoasidite	34	0.2601 meq/saat	% 92
Normasidite	3	0.6253 meq/saat	% 8

Ameliyat sonu erken devrede uyguladığımız Hollander testinin 1. ci grubunu oluşturan yani ameliyat sırasında boyama uyguladığımız ve sinir lifi boyanmayan grupta 14 olguya Hollander testi yapılmış ,bu 14 olgudan 13 ünde Hollander testi negatif olarak saptanmış, 1 olguda ise Hollander testi geç pozitif olarak bulunmuştur. Hollander testi uygulanan 2. ci grupta ise, yani ameliyatta boyama yapılan ve sinir lifi boyanan 19 olguda test yapılmış, bu olgulardan 17 sinde Hollander testi negatif sonuçlanmış, 2 olguda ise Hollander geç pozitif olarak değerlendirilmiştir. Buna ait sonuçlar Tablo-IV de gösterilmiştir.

Tablo - IV : Ameliyat sonu erken devrede (10 gün) uyguladığımız Hollander testi sonuçları görülmektedir.

Uygulanan Hollander testi	Vak'a sayısı	Hollander negatif	%	Hollander geç pozitif	%	Hollander negatif	%	Hollander geç pozitif	%
Sinif lifi boyanmayan	14	13	92.9	1	7.1				
Sinif lifi boyanan	19					17	89,4	2	10,6

Metod bölümünde uygulamasını anlattığımız boyamanın, özofagus çevresine tatbikinden sonra toplam 20 olguda boyanan sinir lifi tesbit edilmiş, buna karşı 17 olguda sinir lifi boyanmıştır. 20 olguya ait sinir lifi boyanma dağılımı Tablo-V de gösterilmiştir.

Tablo - V : Peroperatuvar boyanan sinir lifi sayısı görülmektedir.

Boyanan sinir lifi :	Vak'a Sayısı
1 sinir lifi boyanması	8 vak'a
2 sinir lifi boyanması	7 vak'a
3 sinir lifi boyanması	5 vak'a

Çalışmamızda saptadığımız diğer bir bulgu ise, peroperatuvar boyama sonunda boyanıp tarafımızdan sinir lifi olarak değerlendirilmiş olan 3 olguya ait materyelin histopatolojik tetkik sonucu kas lifi olarak değerlendirilmiştir.

Tablo - VI : Cerrahi tanı ile histopatolojik tanı ilişkisi görülmektedir.

	Vak'a sayısı :	% oranı :
Tetkike yollanan materyel	20	
Peroperatuvar cerrahi tanı	20 sinir lifi	% 100
Histopatolojik tanı	17 sinir lifi	% 85
Histopatolojik tanı	3 kas lifi	% 15

TARTIŞMA

Peptik ülserlerin oluşum üzerine sürdürülen çalışmalar ve bu çalışmalar ışığında asiditenin bu hastalığın oluşumundaki öneminin kesinlik kazanması, bu hastalığın gerek medikal ve gerekse cerrahi tedavisinde asiditeyi ülser yapamayacak seviyelerde tutmaya yönelmiştir.

Duodenum ülserinin cerrahi tedavisinde bu amacı sağlamada araştırmacılar Vagotomi'yi esas almışlardır.

Günümüzde mide-duodenum ülserlerinin tüm cerrahi girişimlerinde Vagotomi başarımının bir ögesi haline gelmiştir. Ancak günümüzde tedaviye girmiş olan değişik Vagotomi şekillerine rağmen, asidite tam anlamı ile kontrol edilememekte, dolayısı ile bu ameliyatlardan sonra yetersiz Vagotomi ve bunun sonucu nüks ülserler güncelliğini korumaktadır. Bizim Kasım 1979-Mayıs 1982 arasındaki çalışmamızı oluşturan 37 olguda, ameliyat sırasında Vagotominin yeterliliği için uyguladığımız boyama metodu sonuçlarını, hem ameliyat önü test sonuçları ile hem de literatürdeki benzer ve değişik uygulama sonuçları ile karşılaştırarak bu yöntemin değerini tartıştık. Bulgular bölümünde Tablo - 11 de görüldüğü gibi ameliyat önü devrede 37 olguya uyguladığımız 1 saatlik B.A.S. testinde 32 olguda % 86,5 oranında hiperasidite 5 olguda % 13,5 oranında normasidite saptanmıştır. Hiperasidite, gösteren olguların (meq/saat) olarak ortalama değerleri 2.8 meq/saat-5.2

meq/saat arasında değişirken, normasidite gösteren 5 olgunun (meq/saat) olarak ortalama değerleri 1.8 meq/saat-2.1 meq/saat arasındadır.

Bulgular bölümünde Tablo - III deise ameliyat sonu 10. cu günde 37 olguya uyguladığımız B.A.S. test sonuçları görülmektedir. Tablonun tetkiinde de görüleceği gibi, ameliyat önu devrede % 86,5 oranındaki hiperasidite gösteren olgulardan 34 olguda % 82 oranında hipoasiditeye, ameliyat öncesi % 13,5 oranındaki normasidite ise % 8 oranına düşmüştür. Ameliyat sonu 10. cu günde 2 grup halinde uyguladığımız Hollander test sonuçları Tablo - IV de verilmiştir. Tablonun incelenmesinden de tesbit edileceği üzere, ameliyat sırasında boyama tatbik edilipte siinr lifi boyanmayan 14 olgunun 13 ünde % 92,9 oranında Hollander testinin negaitf, değerlendirilmesine karşılık, 1 olguda % 7,1 oranında Hollander testi geç pozitif olarak değerlendirilmiştir. Ameliyat sırasında boyama tatbikinden sonra sinir lifi boyanan 19 olgudan 17 sinde % 90 oranında Hollander negatif değere karşın, 2 olguda % 10 Hollander geç pozitif olarak sonuçlanmıştır.

Literatürde, total Vagotomi ve bilateral selektif Vagotomi yapan araştırmacılar-dan DIGNON (9), B.A.S. azalmasının % 66,7 oranında olduğunu bildirirken Bank (4,3) B.A.S. azalmasını % 73 oranında vermektedir. Yazgan (25), B.S.V. den sonra bu oranı % 68 olarak bildirmiştir. Akın (1), Harkins (15) gibi araştırmacılar T.V. ve B.S.V. den sonra B.A.S. testindeki azalmanın % 65 - 70 den daha fazla olamayacağına değinmişlerdir.

Y.S.V. ile çalışan araştırmacılar-dan Johnston (18) postoperatif 1. ci haftada B.A.S. sınıf % 85, GRASSI (14) % 80, İMPERATİ (16) % 76,3, AMDRUP (2) % 82 oranlarında azaldığını bildirmişlerdir. Bizim 225 olguluk bir serimizde erken ve geç devrelerdeki B.A.S. testinin ortalama % 80 oranında kontrol edilebildiği bildirilmiştir (23). Görülüyor ki, gerek total vagotomi gerekse bilateral selektif vagotomi ve yüksek selektif vagotomi'den sonra B.A.S. testi 37 olguda uyguladığımız boyama yöntemi ile elde ettiğimiz test sonuçlarından daha düşük düzeydedir. Tüm teknik hataları dikkate alarak değerlendirme yapılsa dahi, yöntem midenin vagus liflerinden yoksun bırakılmasında oldukça değerli gibi görünmektedir.

Tartışmamızın bu bölümünde yöntemin yeterliliğini daha açıklığa kavuşturmak için ameliyat sonu erken devrede elde ettiğimiz Hollander test sonuçlarını literatürdeki diğer vagotomi sonuçları ile karşılaştırmak uygun olacaktır. Total Vagotomi ile çalışan araştırmacılar-dan SAWYERS (22), 54 Hollander testinde % 19 Hollander pozitif, ROSS (21) 24 olguda % 12,5 Hollander pozitif, MICHEAL (20) 118 olguda % 30 Hollander pozitif, Yazgan (25) erken devrede % 20 Hollander pozitif değer bildirirlerken, bizim 225 olguluk serimizde ameliyat sonu 15. ci günde uyguladığımız Hollander testlerinde % 13,4 oranında Hollander pozitif değer elde edilmiştir. Bizim gibi literatürde Y.S.V. ile çalışan araştırmacılar-dan AMDRUP

(2) 22 olguluk serisinde, 10. cu gündeki Hollander test sonuçlarında % 35 oranında Hollander pozitif değerlendirme yayınlanmıştır. IMPERATI (16) 100 olguda 1. ci haftada % 18 Hollander pozitif sonuç bildirmiş, JOHNSTON (18) ise 76 Hollander testinde bu oranı % 20 Hollander pozitif olarak rapor etmiştir. Tablo - VII nin tetkiinde görüleceği gibi, uygulanan değişik Vagotomi yöntemlerinde ameliyat sonu erken dönemde (1 hafta 10 gün) yapılan Hollander testlerinde Hollander pozitif olguların oranı % 13 - % 35 arasında değişmektedir. Demekki tüm Vagotomi şekillerinde ortalama % 20 oranında yetersiz vagotomi yapılmaktadır.

Buna karşılık, bizim peroperatuar tatbik ettiğimiz boyama yönteminde 1. grupta (sinir lifi boyanmamış) 14 olguda % 7,1 oranında Hollander pozitif değer elde edilirken 2. grupta (sinir lifi boyanan) 19 olguda ise % 10 oranında Hollander pozitif olarak değerlendirilmiştir. Burge ve Vane'nin peroperatuar tatbik ettikleri «elektrik stimülasyon» testi ile boyama metodunun karşılaştırılmasında boyama uygulanan 11 olgudan 4 ünde Hollander pozitif (% 36) 4 ünde Hollander neganif sonuç alınırken elektrik stimülasyon test iuygulanan 10 olgudan 1 olguda Hollander pozitif (% 10) değerlendirilirken 8 olguda Hollander negatif sonuç alınmıştır.

Boyama yönteminden daha iyi sonuç veren elektriki stimülasyon testinde dahi % 10oranında Hollander pozitif sonuç alınmaktadır.

Tüm bu çalışmaların ortaya koyduğu gibi uygulanan değişik vagotomi'lerden sonra erken ameliyat sonu devrede gerek B.A.S. test sonuçlarında gerekse Hollander test sonuçlarında oldukça yüksek oranda inkomplet vagotomi ortaya çıkmaktadır.

Tablo - VII : Değişik Vagotomilerden sonra Hollander test sonuçları görülmektedir.

Yapım Adı	Uygulanan Yöntem	Vak'a Sayısı	Hollander H (+) % oranı	test sonu H (—) + oranı
Sawyers	T. Vagotomi	54	% 19	% 81
Ross	T. »	24	% 12,5	% 87,5
Wichael	T. »	118	% 30	% 70
Dignon	T. »	—	% 25	% 75
Gilllespie	T. »	40	% 12,5	% 87,5
Yazgan	T. »	92	% 20	% 80
Waltman	T. »	162	% 18	% 82
Amdrup	Y.S.V.-deneysiz	22	% 35	% 65
Imperati	Y.S.V.- »	100	% 18	% 82
Johnston	Y.S.V.- »	76	% 20	% 80
Torun	Y.S.V.- »	225	% 13,4	% 86,6

Ortalama % 20 oranında saptanan erken devrede Hollander pozitif sonuçların sürenin uzaması ile birlikte parietal hücre kitlesinin bir miktar daha innervasyon kazanacağı düşünüldünce, geç ameliyat sonu devrede Hollander pozitif değerlerin daha da artacağı şüphesizdir.

Bizim 37 olgudan oluşan serimizde erken ameliyat sonu devrede elde ettiğimiz gerek % 90 üzerindeki B.A.S. testi, gerekse % 7-10 arasındaki Hollander pozitif değerler literatürdeki total, bilateral selektif ve yüksek selektif Vagotomi ile çalışan araştırmacıların bildirmiş oldukları erken ameliyat sonu Hollander pozitif değerlerden ortalama % 10 oranında daha azdır. Her ne kadar Burge ve arkadaşları tarafından ameliyatta uygulanan elektrik stimülasyonu test sonuçları boyama metodu sonuçlarından daha iyi görünüyorsa da, bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlarla aynı değerde görülmektedir. LEE (19) tarafından 1969 da orijinal olarak tarif edilip uygulanan bu yöntem % 83 oranında komplet Vagotomi yapılabileceğini göstermiştir. Buna karşılık literatürde, aynı yöntemi kullanan COOKE (8) % 70 oranında komplet vagotomi yapıldığını vurgulamıştır. PRIMER ve arkadaşları (12) is eboyanan sinir liflerinin 1/3 den daha fazla olamayacağını rapor etmişlerdir. JENSEN ve arkadaşları (17) tarafından sürdürülen çalışma sonuçlarına göre ise, Vagotomi yapılan olguların ortalama % 50 sinde inkomplet vagotomi yapıldığı yolundadır. Bulgular bölümünde Tabo-V dede beirtildiği gibi çalışmamızda ortaya çıkan diğer bir bulgu, ise özofagus çevresinde 1 den fazla sinir lifinin kalabileceğidir. Tablo-IV nın tetkiki ise, ameliyatta sinir lifi olarak değerlendirilip çıkarılan dokuların tümünün sinir dokusu olamayacağını ortaya koymuştur. Yani cerrahi olarak sinir lifi tanısı alan dokuların % 15 oranında sinir lifi olmadığı görülmüştür. Demekki cerrahi tanı ile histopatolojik tanı arasında bizim bulgularımıza göre % 15 oranında cerrahi aleyhine yanlış görülebilmektedir.

Denilebilirki, ameliyat sonu erken ve geç devrelerde % 20-50 oranında Hollander pozitif sonuç ortaya çıkmaktadır. Nüks ülser oluşturan sebepler içerisinde yetersiz vagotomilerin 1.ci sırayı oluşturduğu düşünüldünce, inkomplet vagotomilerin sıklığını azaltmak için ameliyat sırasında kullanılacak yöntemlerin değeri de ken-diliğinden ortaya çıkmaktadır.

Her ne kadar literatürde «Leucomethylen blue» ile ameliyat sırasında boyama uygulanan hastaların Hollander test sonuçları ile, diğer gruplardaki hastaarın Hollander test sonuçlarında açık bir fark yoksa da, bizim olgularımızda elde ettiğimiz % 5-15 oranında B.A.S. tesbitinde asit kontrolü yönünden artma ile birlikte % 7 ile % 10 oranında inkomplet vagotomide azalma ortaya çıkmıştır.

Görülüyorki gerek bizim gerekse literatürde bu konudaki çalışmaların ortaya koyduğu gibi ameliyatta uygulanan «leucomethylen blue» sinir boyamak için çok

spesifik bir yöntem değilsede, gerek peroperatuar gerekse postoperatuar herhangi bir karışıma neden olmaması, kısa sürede uygulanabilmesi, uygulamanın kolay olması, hastayı kötü yönde etkilenmemesi yanında, komplet vagotomi oranında % 7-10 artışa yardımcı olması nedeniyle, ve vagus'ların birden fazla trunkuslar halinde mideye girdiği olgularda, vagotomi ilâve edilecek tüm duodenum ülseri olgularında rahatlıkla kullanılacak bir yöntemdir.

SONUÇ

Kasım 1979 - Mayıs 1982 tarihi arasında Duodenum ülserinin cerrahi tedavisi yapılmak üzere Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğine yatırılan hastalardan 37 olguya, ameliyat sırasında Vagotominin yeterliliğini saptamak için «Leucomethylene blue» (PANATONE) ile boyama uygulanmıştır. Bu uygulamada erken ameliyat sonu (10 gün) devrede elde edilen sonuçlar hem ameliyat önu devredeki bulgularla, hem de literatürde aynı ve değişik yöntem uygulayan araştırmacıların sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Bu tartışmaların sonucunda, yöntemin basit, uygulanması kolay, hastayı kötü yönde etkilemeyen ve hepsinden önemlisi komplet Vagotomiye de ortalama (% 7-10) oranında arttıran bir metod olmasıyla tüm Vagotomi eklenen duodenum ülseri cerrahi tedavisinde rahatlıkla kullanılabilecek bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

ÖZET

Duodenum üserinin cerrahi tedavisi için Genel Cerrahi Kliniğine yatırılan hastalardan 37 sine Vagotomi'nin yeterliliği için ameliyatta «Leucomethylene Blue» tatbik edilmiştir.

12 si kadın, 25 i erkek olan hastaların tümüne ameliyat öncesi 1 saatlik B.A.S. testi uygulanmıştır. Ameliyat öncesi ortalama değerler 2.8 meq/saat-5.2 meq/saat arasında bulunmuştur. Boyama uygulanan olguların 14 ünde sinir lifi boyanmamış, 15 olguda sinir lifi boyanmıştır. 1 den fazla sinir lifi boyanan olgu sayısı 15 dir.. Ameliyatta sinir dokusu tanısı olan 3 olguda histopatolojik tanı kas dokusu olarak yorumlanmıştır. Ameliyat erken devrede (10 gün) tüm hastalara 1 saatlik B.A.S. testi ile 33 olguda Hollander testi yapılmıştır. 30 olguda Hollander negaif, 3 olguda Hollander pozitif olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular hem ameliyat öncesi hem de literatürdeki sonuçlarla tartışılmıştır. Uygulanan yöntem komplet vagotomide % 10 oranında artma sağlanması ile, Vagotomi eklenen tüm duodenum ülseri olgularında kullanılabilecek bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

SUMMARY

A Sufficiency Study On Vagotomies Performed With Panatone

Leucomethylene Blue was used in 37 patients intraoperatively to determine whether the vagotomy was satisfactory.

A one hour Basal Acid Secretion test was performed preoperatively to the patients whose female and male distribution was 12 and 25 respectively. The mean values were 2.8-5.2 meq/hr preoperatively. Among the cases which the dye was applied thenerve fibers were stained in 15 whereas in 14 they were not. There were 15 cases where more than 1 nerve fiber was stained. In 3 cases the diagnosis was nerve fiber intraoperatively but later this was proven to be muscle fibers pathologically. 1 hour BAS test was performed postoperatively to all patients and Hollander test to 33 patients. In 30 cases Hollander was positive and 3 of the patients were Hollander negative. The results were compared to both preoperative results and the results in literature. It is concluded that this procedure increasing complete vagotomy by 10 % could be used in all patients with duodenal ulcers whom a vagotomy is added.

KAYNAKLAR

- 1 - Akin, H., Gökçok, N. : Duodenum ülserinin cerrahi tedavisinde Selektif Gastrik Vagotomi ile Selektif Gâstrik Vagotomi-Antrektominin karşılaştırılması. Mavi Bülten Cilt 1, sayı 1, 1 1969.
- 2 - Amdrup, E., Jensen, E.H. : Selective Vagotomy of the parietal cell mass preserving innervation of the undrained antrum. Gastroent. 59 : 522, 1970.
- 3 - Bank, S., Mark, S.I.N., Louw, J.H. : Gastric secretory patterns after vagotomy. Lancet 2 : 548, 1966.
- 4 - Bank, S., Mark, S.I.N., Low, Ü.H. : Histamin and insulin-stimulated gastric acid secretion after Selective and Trunkal Vagotomy. Gut. 8 : 36, 1967.
- 5 - Burge, H., Stedeford, D., Hollanders, D. : Recurrent ulceration after vagotomy and drainage with electrical stimulation test. 1957-69 Brit. Med. J. 3 : 372, 1970.
- 6 - Burge, H., Frohn, N.J.M. : The technique of bilateral selective vagotomy with the electrical stimulation test. Brit. J. Surg. 56 : 452, 1969.
- 7 - Cowley, Ü.D., Spencer, J., Baron, H.J. : ACID secretion in relation to recurrence of duodenal ulcer after vagotomy and drainage. Brit. J. Surg. 60 : 517, 1973.
- 8 - Cooke, W.M., Talbot, I.C., Cox, A.G. : Leucomethylene-blue as aid to complete vagotomy. Lancet 1 : 864, 1970.

- 9 - Dignon, A.P. : A laboratory appraisal of the effects of truncal and selective vagotomy. Brit. J. Surg. 57 : 249, 1970.
- 10 - Dragstedt, L.R., Comp, E.H., Frit, J. : Recurrence of gastric ulcer after complete vagotomy. Ann. Surg. 130 : 843, 1949.
- 11 - Frankson C. : Selective abdominal vagotomy. Acta. Chir. Cand. 96 : 409, 1948.
- 12 - Frimer, M.L., Cohen, M.M., Harrison, R.C. : The selective norve stain leucomethylene blue as an intraoperative aid to achieving complete vagotomy. Gut. 11 : 881, 1970.
- 13 - Gillespie, I.E., Clark, D.H., Kay, W. : Effect of antrectomy, vagotomy with gastrojejunostomy and antrectomy with vagotomy on the spontaneous and maximal gastric acid output in man. Gastroent. 38 : 361, 1960.
- 14 - Grassi, G., Orecchia, C., Sbelz, B., Grassi, B.G. : Early results of the treatment of duodenal ulcer by ultraselective vagotomy without drainage. Surg. Gyne. Obstet. 136 : 726, 1973.
- 15 - Harkins, H.N., Stavney, S., Savage, L., Nyhus, L. : Selective gastric vagotomy. Ann. Surg. 158 : 448, 1963.
- 16 - Imperati, L., Marinaccia, F., Natale, C. . Les bases anatomique et physiologique et physiologique ainsi que la technique de la vagotomie acide-fundigu (ou proximale) sans drainage de l'estomac dans le traitement de l'ulcere duodenal. Journal. Chir. 105 : 143, 1973.
- 17 - Jensen, H.E., Nielsen, J., Amdrup, E. : Leucomethylene blue staining. Gastroent. 60 : 438, 1970.
- 18 - Johnson, D., Wilkinson, A.R., Humprey, S.C., Smith, B.R., Amdrup, E. : Serial studies of gastric secretion in patient after highly selective (P.C.) vagotomy without drainage procedure for duodenal ulcer. Gastroent. 64 : 12, 1973.
- 19 - Lee, M. : A selective stain to detect the vagus nerve in the operation of vagotomy. Brit. J. Surg. 56 : 10, 1969.
- 20 - Michael, M.D., David, J.G. : Insulin test after truncal and selective vagotomy. Amer. J. Surg. 126 : 325, 1973.
- 21 - Ross, B., Kay, A.W. : The insulin test after vagotomy. Gastroent. 46 : 379, 1964.
- 22 - Sawyers, J.L. : Comparative studies of the clinical effects of truncal and selective vagotomy. Amer. J. Surg. 115 : 165, 1968.
- 23 - Torun, N. : Duodenum ülserinin elektif cerrahi tedavisinde yüksek selektif vagotominin be yıllık sonuçları. Tıp Fak. Mec. : 34 : 4, 1981.
- 24 - Waltman, W. : Five-to-ten years follow-up of 162 cases. of duodenal ulcer treated by vagotomy with and associated gastric operation. Ann. Surg. 145 : 753, 1957.
- 25 - Yazgan, R. : Duodenum ülserlerinde yapılan selektif gastrik vagotomi ve piloroplastinin asit ve sekresyon yönünden sonuçları. İhtisas tezi. 1969.