

A. Ü. Tıp Fakültesi II. Şirürji Kliniği

JEJUNO - GASTRİK İNVAGİNASYON

(2 Vak'a Münasebetiyle)

Dr. İ. Kayabali*

Dr. M. Doğru**

Dr. H. Atalay***

Çeşitli mide hastalıklarının sirürjikal tedavisi için yapılan sub total rezeksiyon veya basit gastro - anterostomilerden sonra meydana gelen jejuno-gastrik invaginasyon, oldukça nadir görülen bir komplikasyondur. Burada esas patolojik lezyon, anastomozu teşkil eden jejunun ansının afferent veya efferant bölümlerinin veya her ikisinin birden mide boşluğu içine girmesi olayıdır.

Jejuno-gastrik invaginasyon gösteren ilk vak'a 1917 de Steker (14) tarafından bildirilmiştir. 1933 de R. B. Bettman ve R. S. Baldwin (2) literatürde 33 vak'a bulunduğunu tesbit etti. P. A. Poliquin (10) 1944 de 50, S. Aleman (1) 1948 de 70, D. G. Foster (5) 1956 da 81 vak'a bulunduğunu bildirdi. Yayımlanan vak'aların en büyük kısmı Avrupa memleketlerine aittir.

Bu komplikasyon daha çok orta yaşlarda görülür; şimdiye kadar tesbit edilen vak'aların yaşı 21 - 75 arasında olup yaş ortalaması 43 yıldır. Kadınlarda erkeklerden daha çok rastlanmıştır. Peptik ulcusun erkeklerde daha çok bulunmasına karşılık jejuno-gastrik invaginasyona kadınların niçin daha çok musab oldukları keyfiyeti henüz izah edilmemiştir.

Jejuno-gastrik invaginasyonların *etyolojisi* ve *pathogenesis'i* kat'i olarak belli değildir. Bu bakımdan ileri sürülen görüşler şu şekilde toplanabilir :

1 — Rastlanan vak'aların daha çok basit gastro-antrostomili vak'alar oluşu (bir rezeksiyona karşılık 13 basit anastomoz),

* A. Ü. Tıp Fakültesi II. Şirürji Kliniği Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi II. Şirürji Kliniği Uzman Asistanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi II. Şirürji Kliniği Asistanı.

anostomoze jejunum ansında meydana gelen mide HCl'inin irritasyonuna bağlı hiperperistaltik hareketlerin invaginasyona sebep olduğunu düşündürmüştür.

2 — Anastomoz stoma'sının ödemi için husule gelen hiperperistaltizmin etkisi (9).

3 — Jejuno-gastrik invaginasyonlarda anastomozların en büyük kısmının retro-kolik yapılmış oluşu, dolayısıyla afferent ansın hemen hemen sabit, efferent ansın çok mobil olmasının invaginasyonu kolaylaştırması.

4 — Retro-kolik teknikle yapılan anastomozlarda mezo-kolonun mide yerine anostomoze jejunum ansına tesbit edilmesi, kanaatımıza göre, invaginasyon oluşunda önemli bir sebeptir.

5 — P. Mallet-Guy ve arkadaşları (8), tatbik edilen ameliyat tipinin, efferent ans ve eğer yapılmışsa yerinde bırakılan mide cebinin büyüklüğünün hiç bir kolaylaştırıcı etkisi olmadığını ileri sürüyor. Bu araştırmacıya göre vak'aların yarısında, bilhassa retro-kolik anastomozlarda afferent ansın uzun bırakılması invaginasyon olayını kolaylaştırmaktadır.

6 — Diğer etyolojik faktörler arasında jejunum mezosunun kısa oluşu, mezo-kolon çekilmeleri ve yapışıklıkları itham edilmiştir.

Patolojik anatomi yönünden P. Mallet-Guy (8), sub-total mide rezeksiyonlarından sonra anastomoz ve anslarını ilgilendiren 4 gurup komplikasyon ayırmıştır :

a — Jejuno-gastrik invaginasyon.

b — Petersen fıtığı (hernie interne rétro-anastomotique).

c — Anastomoze anslardan birinin mezo-kolondaki bir delikten hernié olması.

d — Anastomoz anslarından biri veya her ikisinin veya anastomozun total olarak mezo-kolon deliğinden yukarı çıkıp mide içine girmesi (retro-kolik anastomozlarda görülen bir komplikasyondur).

Bu taksime göre vak'alarımızın biri (Obs. 1) a, diğeri (Obs. 2) d gurubuna girmektedir.

R. Shackman (12), jejuno-gastrik invaginasyonları 3 e bölmüş-tür :

- 1 — Afferent ans invaginasyonu (Descendent intusseseption) vak'aların % 16 sını teşkil eder.
- 2 — Efferent has invaginasyonu (Retrograd veya ascendent intusseseption) vak'aların % 74 ünü teşkil eder.
- 3 — Kombine invaginasyon (Anastomoz ağzının total olarak mide içine girmesi) nadirdir ve vak'aların % 10 unu teşkil eder.

Vak'alarımızın her ikisi taksiminin 3 üncü bölümüne girmektedir ki bu tipin ender olması bakımından daha da önem kazanmış olmaktadır.

Invagine ansın boyu 4 cm. - 2 m. arasında değişik olabilir. Bu komplikasyon ameliyattan 6 gün - 18 yıllık bir latent perioddan sonra meydana çıkabilirse de ortalama zaman 6 yıldır. Klinik belirtilerin geç olarak ortaya çıktığı herkez tarafından bildirilmiştir. P. Mallet-Guy'in vak'alarında bu zaman 5 yıla kadar yükselmektedir.

Klinik belirtiler, hiç bir zaman bu komplikasyonu düşündürmeye yetecek kadar tipik ve kat'i değildir. Kronik jejuno-gastrik invaginasyonlarda klinik tabloyu basit bir dispepsi olarak özetlemek mümkündür. Yemeklerden sonra erken veya geç gelen ağrılar, epigastriumda sıkıntı hissi, şişkinlik, hazımsızlık, bulantı, ekseriya safralı, bazan kanamalı olabilen kusmalar, zayıflama bu dispepsinin en çok rastlanan belirtilerini teşkil eder. Bu belirtilere dayanılarak akla gelen ihtimaller post-gastrektomik banal fonksiyon bozuklukları, atipik bir dumping sendromu, ağrıların şiddetli olduğu ve kanama bulunan hallerde bir ulcus pepticum jejuni, nüks bir ulcus, safralı kusmaların karşısında bir post-gastrektomik afferant ans sendromu, hattâ bir safra sistemi veya pankreas hastalığıdır.

Vak'aların çok az bir kısmında (27 vak'anın 6 sında) epigastriumda ele gelen bir kitle bulunmuştur. Gene 27 vak'ada 16 defa kanlı kusmalar tesbit edilmiştir (11).

Kat'i teşhis konması bakımından *radYOlojik* ve *endoskopik* muayenelerin yapılması gereklidir.

1 — *Radyolojik muayene* bulumlarının her zaman tipik olmayacağına işaret etmek yerinde olur. Ancak bu şekilde bir komplikasyon ihtimali akla getirilirse filmlerden bir mâna çıkartmak kolaylaşabilir. Radyolojik muayenelerin bilhassa 3/4 oblik veya profil olarak yapılması önemlidir.

Jejuno-gastrik invaginasyonlardaki radyolojik bulgular şöyle özetlenebilir :

a — Mide içinde, anastomoz hizasında, yuvarlak veya oval, az veya çok büyük bir deffektin bulunuşu.

b — Bu deffekt içinde barsak mukozası bulunduğunun tesbit edilmesi.

c — Retro-kolik anastomoz yapılan vak'alarda anastomoz bölgesinin mezo-kolon üzerine yükselmesi (Şekil — 4, 5).

d — *Curvatura minor* üzerinde, anastomozun çok yukarısında, ekseriya vertikal duran, az veya çok uzun bir barsak ansı bulunması (Bu, her zaman bulunmayan bir belirtidir).

Şunu da ekleyelim ki 27 vak'alık bir serinin ancak 9 unda ameliyattan önce radyolojik olarak doğru bir teşhis konulabilmıştır (11). Vak'alarımızın her ikisinde de teşhis ameliyattan önce radyolojik olarak konmuştur.

2 — *Endoskopik muayene*, ancak tecrübeli ellerde doğru bir sonuç verir. Bu muayeneyle mide içine anastomoz stomasından girerek prolabe olmuş bulunan ince barsak ansını tesbit etmek mümkün olmaktadır. Bununla beraber teorik olan bu görüş pratik bulgulara pek az uymaktadır. 27 vak'alık serinin ancak 2 sinde gastroskopik muayeneyle teşhis konulabilmesi de bunun bir delilidir. Nitekim vak'alarımızın birinde yaptırılan gastroskopinin sonuçları da negatif olmuştur.

Ayrıca teşhis bakımından şu hastalıklar üzerinde durulmalıdır :

1 — *Ulcus pepticum jejuni*.

2 — Yapışıklıklara veya tümöre bağlı yüksek barsak tıkanmaları.

3 — Safra sistemi hastalıkları.

4 — Pancreas hastalıkları.

5 — Afferant ans sendromu.

D. G. Foster (5), teşhisin güç konması, hatta bazan imkânsız olması sebeplerini şu şekilde izah etmeye çalışmıştır :

a — Jejuno - gastrik invaginasyonun az rastlanan bir komplikasyon olması.

b — Pratikteki teşhisin, klinik belirtilerin tipik olmaması yüzünden ekseriya bir ulcus nüksü veya ulcus pepticum jejuni olarak konması.

c — Kanama ve kusma bulunan vak'alarda hemen radyolojik muayene yapılmaması.

d — Kronik vak'alarda spontan şifa olabilmesi.

Kronik vak'aların % 30 unda ancak otopside teşhis konulabildiği bir hakikattir. Ameliyattan önce konulabilen ilk doğru teşhis 1933 de J. T. Chesterman'a aittir (3). 1944 de bu sayı ancak 3 e yükselmiştir.

Prognosis müsaittir. Bir çok vak'alarda müdahale edilmediği halde hastalar uzun zaman hayatta kalabilmektedir.

Tedavi, şirürjikaldir ve prensipleri şunlardır :

1 — İnvagine ansın redüksiyonu ve tesbiti.

2 — Basit anastomoz yapılmış vak'alarda sub-total mide rezeksiyonu tatbiki.

3 — Retro - kolik anastomozlu vak'alarda mezo-kolonun mide çevresine ihtimamla tesbiti.

4 — Uzun ve dilate afferent ans bulunan vak'alarda bir Braun anastomozu yapılması.

5 — İmkân olan hallerde degastroanterostomi yapılması ve anastomozun tashihi.

Ameliyat sonrası : Basit seyreder ve hastaların şikâyetlerinin derhal kaybolması insanı hayrete düşürür. Hastaların hepsi kilo alır ve genel durumları düzelir.

Uzak sonuçlar, vak'aların en büyük kısmında parlak olarak devam etmiştir. Nüks meydana geldiği hakkında bir yayına rastlanmamıştır.

Aşağıda vak'alarımızın özeti arzedilmiştir :

Obs. 1 :

Ş. T., 30 yaşında kadın, Prot. 5427.

2 yıl önce duodenum ulcusu için sub-total mide rezeksiyonu yapılmıştı. Ameliyattan bir ay sonra ağrılar, dispeptik şikayetler ve kusmalar başlamış, zayıflamıştı.

Fizik muayene : Epigastrik ağrılı noktalar hassas.

Laboratuvar muayeneleri : Kayda değer bir özellik bulunamadı.

Radyolojik muayene : Anastomoz hizasında jejunumun mide içine invaginasyonu (Şekil 1, 2, 3).

Ameliyattan önceki teşhis : Jejuno - gastrik kronik invaginasyon.

Ameliyat (İntübasyonlu evipan+ether+O₂ narkozu - Dr. Kayabalı) : Göbek üstü median relaparotomi. Midede ufak bir rezeksiyon ve posterior tipde bir gastro - jejunostomi yapılmıştı. Afferent ans uzun (25 cm.), dilate ve ikiye katlanmıştı. Anastomoz, total olarak mide içine invagine olmuş durumda bulundu.

Anastomoz, çevresindeki yapışıklıklardan kurtarıldı, afferent ve efferent jejunum ansları arasında bir Braun anastomozu yapıldı.

Uzak sonuç : Şifa.



(Şekil 1)



(Şekil 2)



(Şekil 3)

Obs. 2 :

K. G., 60 yaşında erkek, Prot. 5430.

3 yıl önce duodenum ulcusu için gastro-anterostomi posterior yapılan hastanın şikâyetleri geçmemişti. Yapılan medikal tedavi faydasızdı. Epigastrik ağrılar, mide ekşimesi, kusmalar devam ediyordu ve zayıflamıştı.

Fizik muayene : Epigastrium hassas.

Laboratuvar muayeneleri : Kayda değer bir özellik bulunamadı.

Radyolojik muayene : Anastomoz, total olarak mezo-kolon üzerine çıkmış ve mide içine girmiş durumda (Şekil 4,5).

Gastroskopi : Gastritis.

Ameliyattan önceki teşhis : Jejuno - gastrik kronik invaginasyon.

Ameliyat (İntübasyonlu evipan+Ether+O₂ narkozu - Dr. Kayabalı) : Göbek üstü median relaparotomi. Duodenumun birinci bölümünün ön yüzünde eski ulcus nedbesi görüldü. Retro-kolik basit bir gastro-anterostomi yapılmış ve mezo-kolon efferent jejunum ansına tesbit edilmişti; afferent ans dilate olarak bulundu.

a — Mezo - kolon mobilize edilerek tek tek sütürlerle mideye dikildi.

b — Cardia hizasında bilateral vagotomi yapıldı.

Uzak sonuç : Şifa.



(Şekil : 4)



(Şekil : 5)

ÖZET

Basit veya rezeksiyonla birlikte olan gastro - anterostomilerin bir komplikasyonu olarak jejuno - gastrik invaginasyona nadir rastlanır. Halen literatürde 100 kadar vak'a mevcuttur.

Etyoloji bakımından sık rastlanan bir faktör afferent ansın uzun olması ve retro - kolik anastomozlarda mezo - kolonun jejunuma tesbit edilmesidir.

Klinik, endoskopik ve radyolojik teşhis oldukça zordur; belirtiler tipik değildir.

Tedavi, şirürjikal olarak dezinvasiyon, anastomozun tasahhi, Braun anastomozu ilâvesi veya rezeksiyon şeklinde yapılabilir.

Bu münasebetle tedavi etmek fırsatını bulduğumuz 2 vak'a ve sonuçları arz edildi.

RÉSUMÉ

Invagination jéjuno - colique (à propos de 2 cas)

L'invagination jéjuno - colique comme une complication des gastro - entérostomies simples ou combinées avec la résection de

l'estomac est rare. A l'heure actuel il existe à peu près 100 cas dans la littérature.

Au point de l'étiologie un facteur fréquent est le longeur inhabituel de l'anse afférent et la fixation du méso-colon au jéjunum dans les anastomoses rétro-colique.

Diagnostic clinique, endoscopique est assez rare; les signes ne sont pas pathognomoniques.

Le traitement est chirurgical est considé une désinvagination, une correction de l'anastomose, l'addition d'une jéjuno-jéjunostomie latéro-latérale de Braun ou bien une résection sub-totale de l'estomac suivant le cas.

A ce propos on a présenté 2 cas dont nous avons pu les observer et les soigner.

LİTERATÜR

- 1 — Aleman, S., Acta Radiol., 28 : 383, 1948.
- 2 — Bettman, R. B. and Baldwin, R. S., J. A. M. A., 100 : 1228, 1933.
- 3 — Chesterman, J. T., Brit. J. Surg., 21 : 541, 1934.
- 4 — Davey, W. W., Brit. J. Surg., 42 : 102, 1954.
- 5 — Foster, D. G., Arch. Surg., 73 : 1009, 1956.
- 6 — Iron, Jr., H. S. and Lipin, R. J., Ann. Surg., 141 : 541, 1955.
- 7 — Madding, F. G., McLaughlin, B. F. and De Reimer, R., Am. J. Surg., 92 : 636, 1956.
- 8 — Mallet-Guy, P., Maillet, P. et Rochet, Y., Lyon Chir., 54 : 12, 1958.
- 9 — Osselodore, G., Arch. Ital. Chir., 53 : 357, 1938.
- 10 — Poliquin, P. A., Union Méd. Canada, 73 : 18, 1944, cité in Madding, F. G.
- 11 — Salem, M. H., Coffman, S. E. and Postlewait, R. W., Ann. Surg., 150 : 864, 1959.
- 12 — Shackman, R., Brit. J. Surg., 27 : 475, 1935.
- 13 — Stammers, F. A. F., Brit. J. Surg., 42 : 34, 1954.
- 14 — Steker, München Med. Wochnschr., 64 : 648, 1917 cité in Foster, D. G.