

VAGOTOMİ SONRASI HIATUS HERNİSİ (VAK'A TAKDİMİ)

Dr. Tahsin DEMİRTAŞ (x)
Dr. S. Selçuk ATAMANALP (xx)
Dr. İsmail TAMER (xx)
Dr. Hasan ÇALIŞ (xx)
Dr. Y. Ziya YAMAK (xx)

ÖZET :

Bu makalede kronik duodenal ülser nedeniyle trunkal vagotomi ve gastro-jejunostomi uyguladığımız bir hastada ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan bir hiatus hernisi vak'ası takdim edildi.

GİRİŞ :

1943 yılında Dragstedt ve Owens tarafından duodenal ülser için vagotominin tarifini takiben bu ameliyat gittikçe genişleyen bir alanda kullanılmaya başlanmıştır. Bununla paralel olarak ameliyat sonrası ortaya çıkan erken ve geç komplikasyonlar da tartışma alanına girmiştir. Vagotomi sonrası görülen bir çok komplikasyonun yanı sıra hiatus hernisi ve gastro-özofajial reflü de bu tartışma alanı içinde kendilerine yer bulmuşlardır(12).

Taransabdominal vagotomiyi takiben ilk hiatal herni vak'ası 1948'de Beal tarafından rapor edilmiştir. Bunu takip eden yayınlar az sayıda vak'a takdimleri ile sınırlı kaldığından kesin insidans bilinmemektedir (12).

Vagotomi sonrası hiatal herniye neden olarak gösterilen faktörlerin başında vagotominin distal özofagus çevresinde neden olduğu anatomik değişiklikler gelmektedir. Bu konuda suçlanan diğer bir faktör vagotominin distal özofagus sfinkterinde meydana getirdiği basınç değişikliğidir. Bunların dışında vagotomi sonrası gastrin salgısındaki değişikliklerle hiatus hernisi arasında ilişki kurulmaya da çalışılmıştır(1,2,3,7,8,10,12,13).

x Atatürk Ün. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Prof. Dr.
xx Atatürk Ün. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araş. Gör.

Klinik olarak başlıca regurjitasyon, pirozis ve dispepsi ile karşımıza çıkan hiatus hernileri ameliyat sonrası dönemde bir çok vak'ada belirtisiz seyretmekte, bazı vak'alarda da ameliyat sonrası erken dönemde görülen belirtiler zamanla kaybolmaktadırlar(5,12).

Teşhisi radyolojik, endoskopik veya monometrik çalışmalarla konabilen hiatus hernileri, belirtilerin şiddetine göre konservatif ya da cerrahi olarak tedavi edilebilmektedirler(5,9,12).

Bu makalede kronik duodenal ülser nedeniyle trunkal vagotomi ve gastro-jejunostomi uyguladığımız bir hastada önceden olmadığı halde ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan, teşhisi radyolojik olarak konan ve cerrahi olarak tedavi edilen sliding tipte bir diafragma hernisi takdim edildi.



Resim-1: Mide-duodenum grafisinde duodenumda ülser nişi görülmektedir.

VAK'A TAKDİMİ :

40 yaşında bir erkek hasta mide ağrısı şikayetiyle başvurdu. 8 yıldan beri devam eden ağrının acılı-biberli yiyeceklerle arttığı, aç karnına ve geceleri de ağrı olduğu öğrenildi. 7 yıl önce bir kere, 1 yıl önce de iki kere mide kanaması geçirdiği ve bu nedenle tedavi gördüğü anlaşıldı.

Hastanın muayenesinde epigastrium hassas bulundu. Sistem muayenelerinde patoloji tesbit edilemedi. Rutin laboratuvar tetkikleri normal bulunan hastanın batın ultrasonografisi de normal değerlendirildi. Çekilen mide-duodenum grafisinin midenin normal görünümde olduğu, duodenum mukozasının hipertrofik olduğu, bulbusta niş görünümü olduğu ve bu haliyle kronik duodenal ülseri düşündürdüğü rapor edildi (Resim 1,2).



Resim-2: Trandelenburg pozisyonundaki filmde patolojik görünüm mevcut değildir.

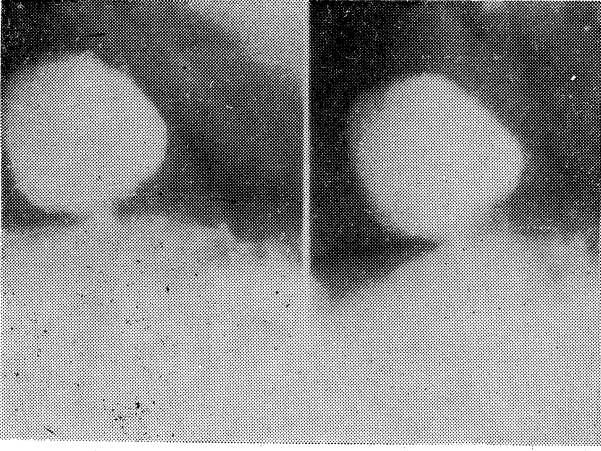
Gerekli hazırlıktan sonra hasta ameliyata alındı. Ameliyatta duodenumda, bulbus ön yüzünde 1,5 cm. çaplı kallö bir ülser olduğu görüldü. Trunkal vagotomi ve antekolik, izoperistaltik gastro-jejunostomi yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde durumu normal seyreden hasta, ameliyatın 7. günü taburcu edildi.

Hasta 7 ay sonra hazımsızlık ve boğazda yanma şikayetleriyle yeniden başvurdu. Şikayetlerinin ameliyattan kısa bir süre sonra başladığı, yemeklerden sonra hazımsızlık çektiği ve sırtüstü yattığında boğazda yanma hissettiği öğrenildi.

Hastanın muayenesinde epigastrium hassasiyeti dışında patoloji tesbit edilemedi. Rutin laboratuvar çalışmaları normal bulunan hastanın tekrarlanan mide-duodenum grafisinde duodenum mukozasının hipertrofik olduğu, aktif niş görülmediği ancak sliding tipte hiatus hernisi olduğu rapor edildi (Resim 3,4).



Resim-3: Mide-duodenum grafisinde sliding tipte hiatus hernisi görülmektedir.



Resim-4: Trandelenburg pozisyonunda çekilen filmlerde hiatus hernisi görülmektedir.

Hasta gerekli hazırlıktan sonra yeniden ameliyata alındı. Ameliyatta özofagusun solundaki diafragma krusundaki 3 cm. lik bir defektten midenin fundus kısmının sliding tipte diafragma üzerine çıkmış olduğu görüldü. Fundus defektten geri çıkarılarak krus tamiri yapıldı. Daha sonra Nissen tipi fundoplikasyo eklendi. Ameliyat sonrası dönemde durumu normal seyreden hasta, ameliyatın 7. günü taburcu edildi.

Hastanın 3 ay sonra yapılan kontrol muayenesinde şikayetlerinin geçmiş olduğu görüldü.

TARTIŞMA :

Vagotominin 1943 yılında Dragstedt ve Owens tarafından duodenel ülser tedavisinde kullanılmasından 5 yıl sonra 1948 yılında vagotomiye ait ilk hiatal herni vak'ası Beal tarafından rapor edilmiştir. Bunu takip eden yayınlar az sayıda vak'a takdimleri ile sınırlı kaldığından kesin insidans bilinmemektedir. Postlethwait (12), ameliyat öncesi hiatus hernisi olmayan 135 hasta arasında vagotomiyi takiben 6 ay ile 5 yıllık dönem içinde sineradyografi metoduyla % 11 oranında hiatus hernisi tesbit ettiklerini bildirmiştir. Vagotominin kullanım yaygınlığı göz önüne alınırsa bu rakam oldukça yüksek gibi görünmektedir. Ancak çoğu hiatus hernisi vak'asının belirtisiz veya geçici sürede belirtili seyrettiği düşünülürse bu rakamın daha küçük olması beklenebilir (6,12). Nitekim Williams ve ark. (14), 150 vak'alık bir seride belirtilerin yalnız % 10 vak'ada sürekli olduğunu, bunların da yalnız ikisinin şiddetli şikayetlerinin olduğunu bildirmişlerdir.

Vagotomi sonrası hiatal herniye neden olarak gösterilen faktörlerden birisi vagotominin distal özofagus çevresinde neden olduğu anatomik değişikliklerdir. Abdominal yolla yapılan vagotomide periton, özofagusun ön-alt kısmına kadar

kesilir. Bunu takiben trianguler ligament açılıp özofagus distali çevreye tutunduğu yerlerden, özellikle kendisini saran difafragma sağ krusundan diseke edilerek serbestleştirilir. Böylece her iki vagus ve yan dallarını görme imkanı doğar. İşte özofagus distali ve kardinanın bu mobilizasyonu, özofagusu normal pozisyonda tutan anatomik oluşumların, özellikle frenoözofajial ligamentin tahrip olmasına neden olur. Vagotomiye takip eden aylar ve yıllar içinde, özofagus etraf dokulara yapışarak normal pozisyonunu alır. Ancak ameliyat sonrası ilk bir kaç gün içinde henüz çevre dokulara yapışıklık gelişmediğinden özofagus distali kısmen mobil olarak bulunur, bu süre içinde hiatal herni gelişebilir. Karın içi basınç artışı, göğüsteki negatif basınç, özofagus longitudinal kaslarının kontraksiyonu ve önceden hiatal herni varlığı gibi nedenler bu işlemi kolaylaştırır (9,12).

Vagotomi sonrası hiatal herniden sorumlu tutulan diğer bir faktör distal özofagus sfinkterindeki basınç değişikliğidir. Gerek insan ve gerekse hayvanlarda yapılan monometrik çalışmalar, vagotominin distal özofagus sfinkterinde basınç azalmasına neden olduğunu göstermiştir (1,3,7,8). Buna karşılık bazı çalışmalar da böyle bir basınç değişikliği olmadığını ortaya koymuştu (2,10,13). Ancak ister distal sfinkter basıncı monometrik olarak azalmış, isterse değişmemiş olsun, bu çalışmaların çoğunun ortak sonucu bu sfinkterin karın içi basınç artışına cevabının azaldığı şeklindedir.

Vagotomi sonrası hiatal herni nedenleri araştırılırken gastrin seviyesi ile distal özofagus sfinkter basıncı arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Cohen ve ark. (4), gastrinin distal özofagus sfinkter basıncını artırdığını ve gastrinin sfinktere olan etkisinin, anatomik değişikliklerden daha önemli olduğunu bildirmişlerdir. McGuigan ve ark. (11) da vagotomi ve antrektomi sonrası gastrin salgısının azaldığını, buna karşılık vagotomi ve drenaj işleminde değişmediğini göstermişlerdir. Dolayısıyla teorik olarak vagotomi ve drenaj işlemi sonrasında gastrinin reflüye neden olması bir yana, reflüyü önlediği düşünülebilir (12).

Hiatus hernilerinin çoğu belirtisiz seyreder(5,6,12). Ancak gastro-özofajial reflü ve buna bağlı özofajit ile birlikte bulunduğu zaman belirti verirler. Hastaların % 90'ında ortaya çıkan en yaygın belirti substernal yanma hissidir. Bu, daha çok yemek sonrasında ve eğilme, çömelme, yatma gibi vücut pozisyonlarında ortaya çıkan regurjitasyonla birliktedir. Seyrek olarak ağrı ve dispepsiden şikayet edilir (5). Bizim vak'amızda da önde gelen şikayetler pozisyona bağlı boğazda yanma hissi ve yemek sonrası hazımsızlık şeklindeydi.

Teşhisi radyolojik, endoskopik veya monometrik çalışmalarla konabilen hiatus hernileri, vagotomi ameliyatı öncesi veya esnasında ortaya konabilirse belirti olup-olmadığına bakılmaksızın ameliyata herni tamiri de eklenerek önlenabilir (5,12).

Vagotomi sonrası ortaya çıkan hiatus hernilerinde yeni bir ameliyat için karar, teşhis konduktan sonra belirtilerin şiddetine göre verilir. Bizim vak'amızda da 8 yıldır mide şikayetleri nedeniyle ilk ameliyatından rahat bir hayat bekleyen, ancak ameliyat sonrası değişik şikayetlerle karşımıza çıkan hastanın şikayetlerinin ileri derecede olması, ameliyat kararını verdiren önemli bir faktör olmuştur. Ameliyat çeşidi vak'a'ya göre seçilmelidir. Torasik yaklaşımla yapılan Belsey tamiri, vagotominin tam olup-olmadığını kontrol imkanı sağladığından, tercih edilebilir. Ayrıca abdominal yolla Nissen ve Hill ameliyatları da kullanılabilir (5,12). Sonuçları hakkında uzun süreli takip raporları olmamakla birlikte, sonuç genellikle yüz güldürücüdür (12).

SUMMARY :

HIATAL HERNIA AFTER VAGOTOMY

In this article, we presented a hiatal hernia case that had occurred in postoperative period in a patient whom we had performed truncal vagotomy and gastrojejunostomy because of chronic duodenal ulcer.

KAYNAKLAR :

- 1- Angorn IB, Dimopoulos G et al: The effect of vagotomy on the lower oesophageal sphincter. Br J Surg 64: 466, 1977.
- 2- Balison JR, Woodward ER: Effect of hiatus hernia repair and truncal vagotomy on human lower esophageal sphincter pressures. Ann Surg 177: 554-9, 1973.
- 3- Blackman AH, Rahatansky H et al: Transabdominal vagotomy and lower esophageal function. Arch Surg 102: 6, 1971.
- 4- Cohen S, Harris LD: The lower esophageal sphincter. Gastroenterol 63: 1066, 1972.
- 5- Gürel E: Diaframanın cerrahi hastalıkları : Akata O ed. Cerrahi, 3. baskı, c. 1, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi 1988, s. 665-7.
- 6- Jonsell G: The incidence of sliding hiatal hernias in patients with gastroesophageal reflux requiring operation. Acta Chir Scand 149: 63-7, 1983.
- 7- Khan TA: Effect of proximal selective vagotomy on the canine lower esophageal sphincter. Am J Surg 141: 219, 1981.
- 8- Lind JF, Cotton DJ et al: Effect of thoracic displacement and vagotomy on the canine gastroesophageal junction zone. Gastroenterol 56: 1078-1969.

- 9- Madden JL: Atlas of Technics in Surgery, 2nd edition, v. 1, New York, Meredith Publishing Company 1958, p. 224-31.
- 10- Mazur JM, Skinner DB et al: Effect of transabdominal vagotomy on the human gastroesophageal high-pressure zone. Surgery 73: 818, 1973.
- 11- McGuigan JE, Trudeau WL: Serum gastrin levels before and after vagotomy and pyloroplasty or vagotomy and antrectomy. N Engl J Med 286: 184, 1972.
- 12- Postlethwait RW: Hiatal hernia, reflux and dysphagia after vagotomy in: Sabiston DC Jr, Spennner FC ed. Gilson's Surgery of the Chest, 4th edition, v. 2 Philadelphia, W.B. Saunders Company 1983, p. 826-32.
- 13- Thomas P, Earlem R: The gastroesophageal junction in duodenal ulcer after operation. Br J Surg 59: 309, 1972.
- 14- Williams JA, Woodward DAK: The effect of subdiaphragmatic vagotomy on the function of the gastroesophageal sphincter. Surg Clin North Am 47: 1341, 1967.