

Mikst tip gastrik volvulus ve laparoskopik tedavisi

MIXED TYPE GASTIC VOLVULUS AND ITS LAPAROSCOPIC MANAGEMENT

Ferhat ÇAY¹, Mustafa GİRGIN²

¹Midyat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Mardin

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

ÖZ

Gastrik volvulus hayatı tehdit edebilen ve nadir görülen bir durum olmakla birlikte; tanı konulması zor bir hastalıktır. Bu hastalık spesifik olmayan abdominal semptomlarla ilerleyebileceğinden tanısı gecikebilir veya atlanabilir. Distansiyonun eşlik ettiği, epigastriumda ağrı, öğürme, kusma ve kilo kaybı şikâyetleriyle başvuran hastalarda gastrik volvulus ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinden akciğer grafisi ve torakoabdominal bilgisayarlı tomografi tanıya yardımcı olabilir. Paraözefageal fıtığa ikincil olarak gastrik volvulus için halen kabul edilen tedavi yöntemi minimal invaziv tekniklerdir. Bu yazımızda çok nadir bir tip olan mikst tip gastrik volvuluslu 65 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Mide volvulusu, diafragma hernisi, laparoskopik tedavi

ABSTRACT

Although gastric volvulus is a rarely occurring and life-threatening entity, it is difficult to diagnose. As this disease may progress with non-specific abdominal symptoms, its diagnosis may be delayed or overlooked. It should be kept in mind in the differential diagnosis of the patients presenting with complaints of epigastric pain, retching, vomiting and weight loss accompanied by distension. Of the radiological imaging modalities, chest x-ray and thoracoabdominal computerized tomography may be useful for the diagnosis. Right now accepted modes of treatment for gastric volvulus secondary to paraesophageal hernia are minimally invasive techniques. In the present article, we aimed to present a 65-year-old male with mixed type gastric volvulus, a quite rare type of volvulus.

Keywords: Gastric volvulus, diaphragmatic hernia, laparoscopic treatment

Ferhat ÇAY

Midyat Devlet Hastanesi

MARDİN

orcid.org/0000-0001-5323-1599

Mide volvulusu tanısı koymak zordur, nadir görülür ve hayatı tehdit edebilen bir durumdur. Bu hastalık, spesifik olmayan abdominal semptomlarla ilerleyebileceğinden tanısı atlanabilir veya gecikebilir. Tanısındaki gecikmeye bağlı olarak da iskemi, nekroz ve sonrasında perforasyon oluşabilir. Mide döndüğü eksenine

göre; organoaksial, mezoaksial veya kombine tip mide volvulusu olarak üç tiptir (1,2). Mezoaksial volvulus büyük kurvaturun ortasından porta hepatis'e doğru çizilen hattın etrafında dönmesiyle oluşur. Organoaksial volvulus ise pilordan özofagogastrik bileşkeye doğru çizilen hat etrafında dönmesiyle oluşan volvulus tipidir. Kombine tip

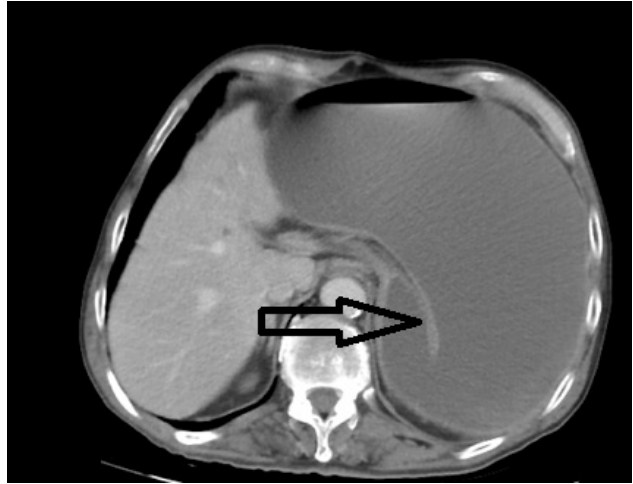
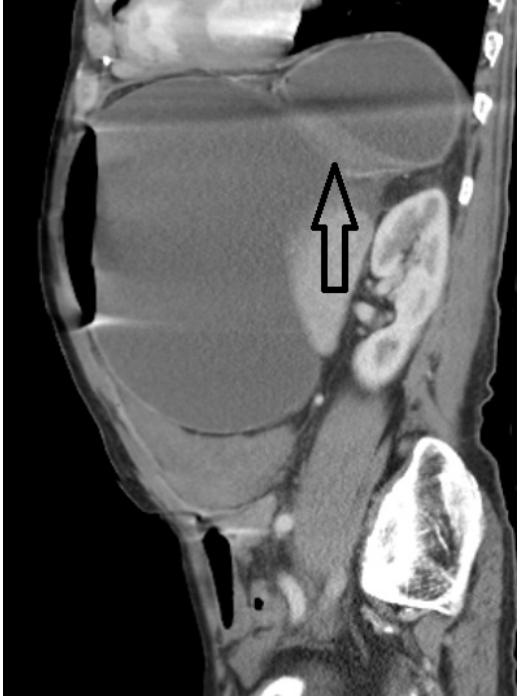
ise aynı anda midenin iki ekseninde de dönmesiyle oluşur. Organoaksial tip diğerine göre daha sık olup; kombine tip ise en nadir tiptir. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinden akciğer grafisi ve torakoabdominal bilgisayarlı tomografi tanıya yardımcıdır. Paraözefageal fıtığa bağlı gastrik volvulus için halen kabul edilen tedavi yöntemi minimal invaziv tekniklerdir. Cerrahi işlemin amacı, herni olan organları karın içine yerleştirmek, hiatusdaki açıklığı onarmak ve rekürrensi önlemek için fundoplikasyon ve/veya gastropeksi gerçekleştirmektir (3).

OLGU SUNUMU

2 yıldır ara ara şikayetleri olan 65 yaşındaki erkek hasta, son bir ayda hemen her yemekten sonra artan karın

ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu ve kliniğimize yatırıldı. Hastanın bu süre içerisinde yaklaşık olarak 7 kilogram kadar zayıflama şikayeti olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede epigastrik bölgede hassasiyet vardı.

Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 10,1 g/dL idi. Diğer laboratuvar tetkikleri normaldi. Elektrokardiografisi normal sinüs ritmindeydi. Preoperatif bilgisayarlı tomografi görüntüleri Resim-1 de gösterilmiştir. Üst gastrointestinal sistemin endoskopik incelemesinde antrum ve pilor endoskopik olarak net görüntülenemedi.

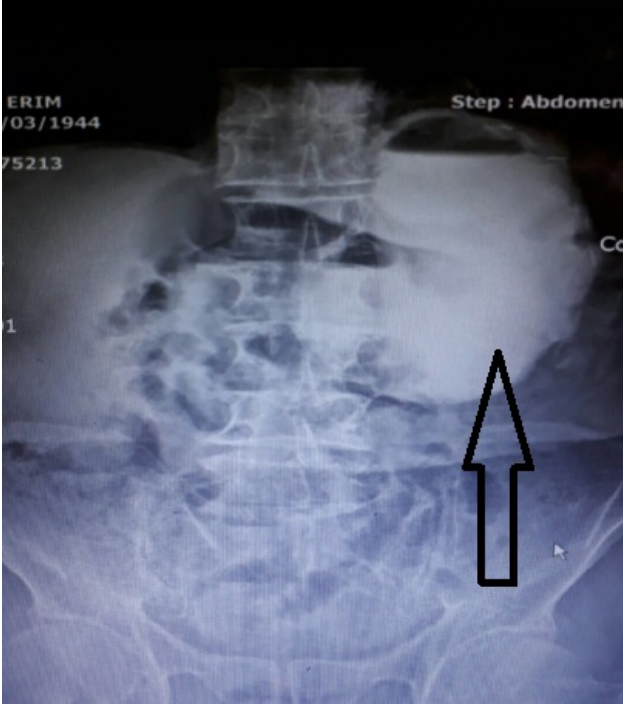


Resim-1 Preoperatif BT Görüntüleri

Mevcut klinik ve radyolojik incelemeler sonrasında, hastaya kronik mide volvulusu ve diafragma hernisi tanısı konuldu. Hastaya mevcut rahatsızlığı ve tedavisi konusunda bilgi verilip onayı alındıktan sonra ameliyata alındı. Laparoskopik planlanan operasyondaki eksplorasyonda hem mezoaksiyal hemde organoaksiyal olmak üzere kombine tip gastrik volvulus mevcuttu.

Midenin çevre dokulara olan yapışıklıkları damar mühürleme cihazı (Ligasure®) ile giderildi. Midenin fundus kısmı, splenik fleksura civarında kolona ve dalağa yapışık olduğu ve mide fundus kısmının laterali yaklaşık 3 cm'lik alanın nekroze olduğu görüldü. Laparoskopik stapler ile wedge rezeksiyonu uygulandı. Paraözefageal herniye primer onarım uygulandı. Mide büyük kurvaturu

karın ön duvarına tespit edildi (gastropeksi). Postop 2. günde dren içeriği seröz vasıfta ve minimal idi, çekildi. Postop 3. günde şifa ile eksterne edildi. Spesimenin patolojisi nekrotik mide dokusu olarak raporlandı. On ikinci ayda hastanın kontrol skopisinde patolojik bir durum izlenmedi. Pasaj geçişi doğal izlendi (Resim-2). Hastanın anamnezinde preoperatif dönemdeki şikâyetlerinin düzeldiği ve sekiz kilogram aldığı öğrenildi.



Resim-2 Postoperatif Skopi Görüntüleri

TARTIŞMA

Akut gastrik volvulus; strangülasyon, perforasyon ve kanama komplikasyonları nedeniyle %42-56 oranında mortalite riski taşır (4). Gastrik volvulus tanısı konulduktan sonra acil tedavisi yapılmalıdır (5,6). Gastrik volvulus, midenin uzun veya kısa eksenine etrafında rotasyona uğraması sonucu oluşan durumdur. İnsidansı tüm ırklarda ve kadın-erkek arasında eşittir (4,7). Literatürde olguların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'üne paraözefageal hernisi, sol diyafragma evantrasyonu, pilor stenozu ve karın içi yapışıklıklar gibi diğer karın içi patolojilerin eşlik ettiği bildirilmektedir (4). Eşlik eden ek patoloji yokluğunda mide volvulusu idiyopatik olarak adlandırılmaktadır. Olgumuzda, ameliyat esnasında karın içerisinde gastrik

volvulusa diyafragma hernisi ve karın içi yapışıklıklar eşlik etmekteydi.

Borchardt triadı olarak bilinen kusma, epigastrik ağrı ve nazogastrik tüp yerleştirmede başarısızlık bulgularının birarada olması mide volvulusu tanısında kullanılabilir (7). Ancak Borchardt'ın bu klasik triadı olguların sadece $\frac{3}{4}$ 'ünde bir arada bulunur. Üst abdominal BT incelemesi ve baryumlu özofagus-mide-duodenum pasaj grafisi mide volvulusu tanısı koymaya yardımcı olabilecek en önemli yöntemleridir.

Literatürde incelenen 200 vakanın %59'u organoaksial, %29'u mezoaksial, %2'si kombine şekiller olup kalan %10'luk grup sınıflandırılmamıştır (7). Bizim olgumuz da en nadir tip olan kombine tipteydi.

Akut gastrik volvulusun tanısında gecikmeye bağlı iskemi, nekroz ve sonrasında perforasyon oluşabilir (8). Bu olgularda gastrointestinal kanama ve septik şok belirtileri olabilir. Bu gibi nekroz ve perforasyon gelişen gastrik volvuluslarda mortalite oranı %50'lere kadar ulaşabilmektedir (9). Bizim olgumuzda da iskemi ve nekroz gelişmişti. Ama perforasyon oluşmamıştı.

Gastrik volvulusun cerrahi tedavisinde genellikle açık veya laparoskopik olarak yapılabilen anterior gastropeksi yapılmaktadır. Gastropeksi mide büyük kurvaturunun anterior abdominal duvara tespit edilmesi olarak adlandırılır (5,10). Laparoskopik anterior gastropeksi, açık tekniğe göre hastanede yatış süresini kısaltmakla birlikte daha güvenilir bir tekniktir (6). Midede nekroz gelişen akut gastrik volvulus vakalarında, subtotal veya total gastrektomi yapılmasını öneren yayınlar bulunmaktadır (5,10). Bizim olgumuzda tedavi laparoskopik olarak güvenli bir şekilde tamamlanarak 3. gün sonunda şifa ile taburcu edilmiştir. Olgunun anamnezi göz önünde bulundurulduğunda kronik bir öyküye sahip olan hastanın akut olarak gelişmiş bir strangülasyon tablosu ile aciliyet kazandığını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak Gastrik volvulus oldukça nadir görülmesiyle birlikte tanı ve tedavisinde de gecikmenin olduğu bir hastalıktır. Akut vakalarda mortalite oranları yüksek olduğu için distansiyonla birlikte olan epigastriumda ağrı, öğürme, kusma ve kilo kaybı şikâyetleriyle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda

tutulması gerekmektedir. Kronik olarak da paraözefageal bulunan hastalarda akut olarak volvulus ve strangülasyon gelişebileceği öngörülmelidir. Ender görülen gastrik volvulusun tedavisinde laparoskopik cerrahi daha az invaziv ve daha güvenilir bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Lee TC, Liu KL, Lin MT, Wang HP. Unusual cause of emesis in an octogenarian: organoaxial gastric volvulus associated with paraesophageal diaphragmatic hernia. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54: 555-7.
2. Karabulut R, Türkyılmaz Z, Sönmez K, et al. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia with intrathoracic gastric volvulus. *World J Pediatr.* 2009; 5: 226-228.
3. Jamil L, Huang B, Kunkel D, et al. Successful gastric volvulus reduction and gastropexy using a dual endoscope technique. *Case Rep Med.* 2014;2014:136381.
4. Chau B, Dufel S. Gastric volvulus. *Emerg Med J.* 2007; 24: 446-7.
5. Palanivelu C, Rangarajan M, Shetty AR, Senthilkumar R. Laparoscopic suture gastropexy for gastric volvulus: a report of 14 cases. *Surg Endosc.* 2007; 21: 863-6.
6. Januschowski R. Endoscopic repositioning of the up side down stomach and its fixation by percutaneous endoscopic gastrostomy. *Dtsch Med Wochenschr.* 1996;121:1261-4.
7. Ellis H. (çev: Andican A.) : Divertikül volvulus ve ileus. In: Schwartz SI, Ellis H. ed(s) (çev editörü: Andican A.). *Maingot Abdominal Operasyonlar.* 8. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 1989: 531-548.
8. Lee HY, Park JH, Kim SG. Chronic gastric volvulus with laparoscopic gastropexy after endoscopic reduction: a case report. *J Gastric Cancer.* 2015;15:147-50.
9. Farag S, Fiallo V, Nash S, Navab F. Gastric perforation in a case of gastric volvulus. *Am J Gastroenterol.* 1996; 91: 1863-4.
10. Askew AR. Treatment of acute and chronic gastric volvulus. *Ann R Col Surg Eng.* 1978; 60: 326-8.