

ÜLSER TEDAVİSİNDE KULLANILAN TOTAL VE SELEKTİF VAGOTOMİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Nevzat KOÇAK *

ÖZET

Düodenal ülser tedavisinde kullanılan vagotominin total ve selektif şekilleri çeşitli yönleriyle birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmaya, aynı tip drenaj şekli, piloroplasti, yapılmış olan hastalar alınmıştır.

66 hastaya total vagotomi + piloroplasti uygulanmıştır. Bu hastalar 1-3 sene müddetle takip edilmişlerdir. Kontrollerde ortaya çıkan komplikasyonlar ve bunların yüzde oranları göz önüne alınarak bir değerlendirilmeye gidilmiş ve selektif vagotominin total vagotomiye üstün olduğu kanısı belirtilmiştir.

Summary

A COMPARATIVE STUDY ABOUT TRUNCAL AND SELECTIVE VAGOTOMY.

Vagotomy is used in the treatment of duodenal ulcer since 1943. The aim of this study is to make a comparison between truncal and selective vagotomy.

We performed a bilateral truncal vagotomy + pyloroplasty on 66 patients and a selective vagotomy + pyloroplasty on 46 patients.

One-to 3- year results of these operations are discussed in detail with regard to recurrent ulceration, diarrhea, dumping, and bile vomiting.

According to our findings, which are in accordance with the reports of other authors, selective vagotomy is superior to truncal vagotomy.

*Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Öğretim Üyesi

Vagotominin, duodenal ülser tedavisinde kullanılmasına yol açan ilk deneysel çalışmalar 1889 yılında Pavlov ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1). Latarjet vagotomiyi peptik ülser tedavisinde ilk kullanan cerrahlar arasındadır (2). Total vagotomi denen bu metod Latarjet'den sonra uzun bir müddet rağbet görmemiş ve 1943'te Dragstedt ve Owens'in çalışmalarıyla (3), duodenal ülsertedavisinde yeniden kullanılmaya başlanmıştır.

Total vagotomi, yalnız başına kullanıldığı zaman midede staza sebep olduğu için 1945'ten beri çeşitli drenaj ameliyatları ile birlikte kullanılmaktadır. Gastro-Enterostomiler, piloroplastiler, ant-ral rezeksiyonlar, hemigastrektomiler, subtotal mide rezeksiyonları gibi midenin boşalmasını kolaylaştıran çeşitli operasyon şekil-leri bu gaye için kullanılmaktadırlar.

Bilateral total vagotomilerde, anterior vagusun hepatik dalı, posterior vagusun da çöliak dalı kesiyeye uğradığından, denerve organ- larda fizyolojik olmayan değişikliklerin husule gelebileceği düşünül- müştür. Safra kesesinde taş teşekkülü (4), pankreas dış salgısında bir azalma görülebileceği (5) bildirilmiştir. Bunların yanında, vagotomi- lerden sonra görülen diyarelere, bu tip bir denervasyonun sebep olabileceği fikri, selektif vagotominin gelişmesinde önemli rol oy- namıştır.

Selektif vagotomi, ilk defa 1948 yılında Jackson (6) tarafından uygulanmıştır. Yine aynı yılda Franksson (7) ve Moore (8) selektif vagotomiyi çeşitli drenaj şekilleriyle birlikte tatbik etmişlerdir. Alınan neticelerin memnuniyet verici oluşu, bu ameliyat şeklinin birçok cerrahlar tarafından total vagotomiye tercih edilmesine se- beb olmuştur.

Son senelerde, selektif vagotominin daha geliştirilmiş bir şek- li olan ve hiçbir drenaj ameliyesine lüzum göstermeyen, pa- rietal hücrelerin bulunduğu mide kısmını denerve edip, antrumu in- nerve bırakan, selektif proximal vagotomi tatbik alanına konmuştur (9, 10, 11, 12).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma kapsamına, duodenal ülserli hastalar için, son 6

yolda uyguladığımız operasyon şekillerinden sadece total vagotomi +piloroplasti ve selektif vagotomi +piloroplasti tatbik ettiğimiz hastaları aldık.

Bunlardan bilateral trunkal vagotomi + piloroplasti tatbik ettiğimiz 66 hastanın 27'si kadın, 39'u erkek olup yaşları 30-35 arasında değişmektedir.

Selektif vagotomi + piloroplasti uyguladığımız 46 hastanın 17 si kadın, 29'u erkektir. Yaşları 25-60 arasında değişmektedir.

Hastalara ameliyat sonrası 8.günde Hollander testi uygulanarak vagotominin komplet olup olmadığı araştırılmıştır.

Hastahaneden çıkarılan ve muayyen zaman aralıklarında kontrole davet edilen hastaların takip süreleri çeşitli nedenlere bağlı olarak 1-3 sene arasında değişmektedir.

BULGULAR

Mortalite heriki grupta da % 0 bulunmuştur. I. grubu teşkil eden ve total vagotomi + piloroplasti uyguladığımız hastaların 4'ünde (%6) insülin testi pozitif bulunmuştur.

Ameliyat sonrası takip esnasında bu gruptaki hastaların 52sinde (%80) hiç bir şikayete rastlanılmamıştır. Hollander testinin pozitif olduğu 2 hastada (%3) midelerinde yanma olduğundan şikâyet etmişler ve kendilerinde ülser nüksü tesbit edilmiştir. 8 hasta (%12) orta derecede bir diyareden şikâyet etmekteydiler. Hafif Damping şeklinde şikâyeti olan hasta sayısı 3 (%4) tür. Bir hastamız da da (% 1,5) safravi kusmalar tespit edilmiştir.

II. gruptaki (selektif vagotomi + piloroplasti) hastalarımızda, postoperatuvar 8. günde yapılan Hollander testi, 2 hastada (%4) pozitif bulunmuştur. Kontrol muayenelerinde 41 hasta (%89) da hiçbir şikâyete rastlanılmamıştır. İnsülin testinin pozitif olduğu 1 hastada (%2) ülser nüksü görülmüştür. 3 hastada (%6) orta derecede bir diyare tesbit edilmiş ve 1 hastada da (%2) hafif derecede Damping bulgularına rastlanmıştır. (TABLO)

TABLO

Ameliyat Şekli	Hasta Sayısı	Mortalite	Şikayet i olmayan	Ülser Nüksü	Damping	Diyare	Safravi Kusma
Total Vagotomi + Piloroplasti	66	% 0	52 % 78,8	2 % 3	3 % 4,5	8 %12,1	1 % y, 5
Selektif Vagotomi + Piloroplasti	46	% 0	41 % 89	1 %2	1 %2	3 %6	

Total ve selektif vagotomi yapılmış hastalarda, postoperatuvar takip süresince saptanan bulgular ve bunların yüzde oranları görülmektedir.

TARTIŞMA

Trunkal ve selektif vagotomiler arasında bir mukayese yapabilmek için, birlikte uygulanan drenaj ameliyesinin aynı cinsten olmasının gerekli olduğunu göz önüne alarak sadece piloroplasti uyguladığımız vagotomili hastaları bu çalışmanın kapsamına aldık.

Abdominal total vagotomi, tecrübeli ellerde, oldukça çabuk yapılan, büyük bir operasyon riski göstermeyen, hatta şişman şahıslarda bile kolayca tatbik edilen bir ameliyat şeklidir. Yalnız burada, hepatik ve çöliak branşların da kesiye uğramış olması bu operasyon şekli için bir dezavantajdır.

Selektif vagotomiyle, hepatic ve çöliak branşlar korunduğu için trunkal vagotomiye üstündür. Yalnız şişmanlarda, tatbiki oldukça güçlük arzettiği gibi, total vagotomilere göre daha uzun bir zamana ihtiyaç gösterir.

Aldığımız sonuçlara göre, total vagotomi tatbik ettiğimiz 66 hastadan 52 (%78, 8) sinde tam bir şifa tesbit edilmiştir. Bu oran selektif vagotomiye tabi tutulan hastalarda % 89 dur. Keza total vagotomilerde % 12 oranında görülen diyareler selektif vagotomi ile % 6 ya düşürülmüştür. Böylece hepatik ve çöliak dalların korunmuş olmasının, diyarelerin husulünde bir azalmaya sebep olduğu gibi, tam bir şifa oranının artmasında da etkili olduğu anlaşılmaktadır. Damping her iki grupta da görülmekle beraber total vagotomilere nazaran selektif vagotomilerde daha azdır. Nitekim 1. gruptaki hastalarda % 4, 5 olan damping oranı 2. gruptaki hastalarda % 2 ye düşmüştür. Postoperatuvar yapılan insulin testinin 1. gruptaki hastalarda % 6 pozitif olmasına karşılık 2. gruptakilerde bu oran % 4 'e düşmüştür. Buda selektif vagotomiyle, kamplet bir vagotomi yapma oranının daha fazla olduğuna bir işarettir. Nitekim serimizde total vagotomilerden sonra % 3 olan ülser nüksü selektif vagotomilerden sonra % 2 ye düşmüştür.

Literatürde rastladığımız verilerde de diyare, damping, ülser nüksü gibi postvagotomi komplikasyonların total vagotomiye göre, selektif vagotomilerde daha az bir oranda meydana geldiği gösterilmiştir. Nitekim total vagotomilerden sonra % 12-25 (7, 13) oranında görülen diyarenin, selektif vagotomilerden sonra % 2, 1 e ka-

dar düştüğü (13), yine total vagotomilerden sonra % 11,9 oranında görülen damping ve % 11 oranında görülen ülser nüksünün selektif vagotomi tatbik edilen vakalarda % 8'e kadar düştüğü bildirilmiştir. (14, 15, 16).

Yalnız, bizim serimizde almış olduğumuz sonuçların literatürde verilen rakamlara göre daha elverişli gözükmesi belkide seriler arasındaki hasta sayısı ve takip süresinin değişik olması nedeniyledir.

SONUÇ

Duodenal ülser tedavisinde vagotomi, bugün için sıklıkla ve emniyetle kullanılan bir metoddur. Postvagotomik komplikasyonlar bakımından total ve selektif vagotomi şekilleri arasında yapılan kıyaslama, selektif vagotominin total vagotomiye üstün olduğu kanısını uyandırmıştır.

LİTERATÜR

1. WASTELL, C : VAGOTOMY : Historical Introduction. In chronic Duodenal Ulcer. Ed. C. Wastell, Butterworths, London 1972
2. LATERJET, N.A . : Resection des nerfs de l'estomac. Technique operative resultat cliniques. BuLL. Acad. Med. 87, 681, 1922
3. DRAGSEDT, L.R. AND S.M. OWENS : Supradiaphragmatic section of the vagus nerve in the treatment of duodenal ulcer. Proc. soc. exp. Bio. Med. 53, 152, 1943
4. TOMPKINS, R.K. ETAL : Clinical andbiochemical evidence of increased gallstone formation after complet vagotomy. Surg. 71, 196, 1972
5. PFEFFER, R. B., H. E. STEPHENSON AND W. HINTON : The effect of thoracolomber sympathectomy and vagus resection on pancreatic function in man. annals of surgery 136, 585, 1952
6. JAKSON, R. G. : Anatomic study of vagus nerve with technic of trorsobdominal selective gostue vagus resection Arch. Surg. 57: 333, 1948
7. FRANKSSON, C. : Selective abdominal vagotomy. Acta, chir, scand., 96, 409, 1948.
8. MOORE, S. D. : Follow-up of vagotomy in duodenal ulcer. Gastroenterology, 11 : 442, 1948.

9. AMDRUP, B. A. AND C. A. GRIFFITH, : Selective vagotomy of the parietal cell mass part. 1. : with preservation of the innervated antrum and pylorus. Ann. Surg. 170, 207, 1969.
10. AMDRUP, E. AND H. E. JENSEN : Selective vagotomy of the parietal cell mass, preserving innervation of the undrained antrum. A preliminary report of results in patients with duodenal ulcer. Gastroenterology 59, 522, 1970
11. JOHNSTON, D. AND A. R. WILKINSON : Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Br. J. Surger , 57 , 289, 1970
12. WASTELL, C. : Selective vagotomy and selective proximal vagotomy, In chronic duodenal ulcer. ed. C. Wastell. Butterworths. London, 1973
13. FROHN, M., S. DESAI AND H. BURGE : Bilateral selective vagotomy in the prevention of post vagotomy diarrhoea Br. M. J. 1, 481, 1968.
14. GOLIGHER, J, C, ETAL. : Five to 8 year results of truncal vagotomy and pyloroplasty for duodenal ulcer. Br. M. J. 1, 7, 1972.
15. KENNEDY, J. AND A. M. CONNELL : Selective or truncal vagotomy. A double blind randomized control trial. Lancet 1, 899, 1969.
16. SAWYER, J. L., H. W. SCOTT : Selective gastric vagotomy with antrectomy or pyloroplasty Ann. Surg. 174, 541, 1971.