

Laparoskopik duodenal divertikülektomi: Olgu sunumu

Laparoscopic duodenal diverticulectomy: a case report

Mehmet Görgün*, Taylan Özgür Sezer*, Metin Karadeniz*

Bu çalışmada nadir görülen, laparoskopik rezeksiyon uygulanan, semptomatik duodenal divertikülü olan olgu-yu sunmayı amaçladık. 26 yaşındaki kadın hasta, 6 yıldır aralıklı devam eden şiddetli sağ üst kadran karın ağrısı, bulantı ve kusma ile hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde; 2000 yılında apandektomi ve 2002 yılında, trafik kazası nedeni ile splenektomi uygulanmış idi. Orta hatta bulunan insizyon skarı haricinde fizik muayenesi normal idi. Üst gastrointestinal endoskopisinde, kronik gastrit ve hiatal herni saptandı. Çekilen baryumlu grafide duodenum ikinci kısım lateralde 4 cm'lik divertikül saptandı. Divertikül laparoskopik rezeksiyon edildi. Peroperatif ve postoperatif komplikasyon görülmedi. Ameliyat süresi 45 dakika idi. Operasyon sırasında kanama minimal idi. Postoperatif 2. günde oral beslenmeye geçildi. Hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi ve takip süresince herhangi bir şikayeti olmadı. Divertiküller genellikle semptom vermez; sıklıkla gastrointestinal görüntüleme yöntemlerinde tesadüfen saptanmaktadır. Duodenal divertikül için klasik cerrahi girişim, laparoskopik veya laparotomi ile rezeksiyondur.

Anahtar Kelimeler: Duodenal divertikül, laparoskopi, divertikülektomi

* S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Servisi, İzmir, Türkiye

Dr. Taylan Özgür Sezer
E-posta: taylansezer@yahoo.com.tr

Makale Geliş Tarihi: 23.07.2009
Makale Kabul Tarihi: 04.09.2009

GİRİŞ

Gastrointestinal sistemde divertiküller, sigmoid kolondan sonra ikinci sıklıkta duodenumda görülmektedir. Duodenal divertikül otopsi serilerinde %6-22 oranında ve üst gastrointestinal radyolojik görüntülemelerde %2-6 oranında saptanmaktadır. Duodenal divertiküller sıklıkla duodenum ikinci kısımda ve ampulla Vateri bitişiğinde görülmektedirler. Bu divertiküller, periampüller divertikül veya peripapiller divertikül olarak da adlandırılmaktadır (1-3).

Duodenal divertiküller, diğer divertiküllerde olduğu gibi gerçek ve yalancı olmak üzere ikiye ayrılır. Gerçek divertiküller, duodenumun bütün katlarını içermekte iken; yalancı divertiküller, duodenum duvarındaki bir defektten mukozanın fıtıklaşması olarak tanımlanmaktadır.

Duodenal divertiküller sıklıkla asemptomatiktir. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinde tesadüfen saptanmaktadır. Semptomatik olduğunda (<%10) sıklıkla ağrı, kanama, duodenal obstrüksiyon, duodenal ülser, divertikülit, perforasyon, ana safra

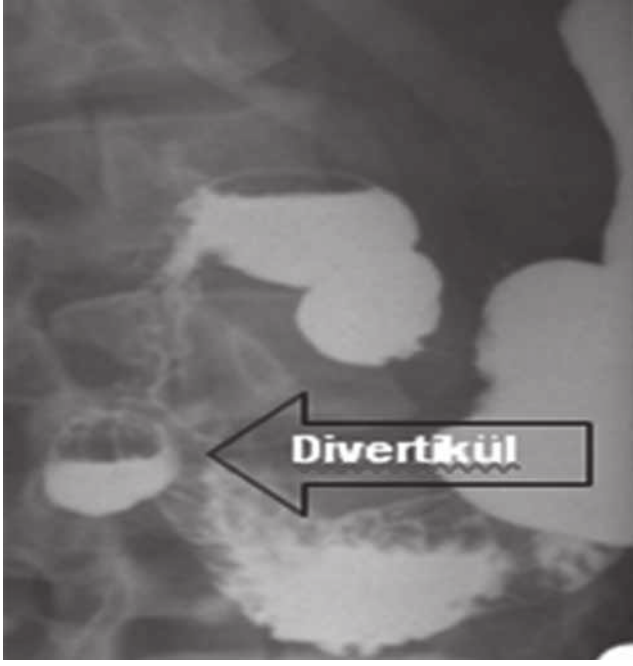
kanalında veya pankreatik kanalda tıkanıklık, kolanjit ve pankreatite yol açmaktadır (4,5).

OLGU

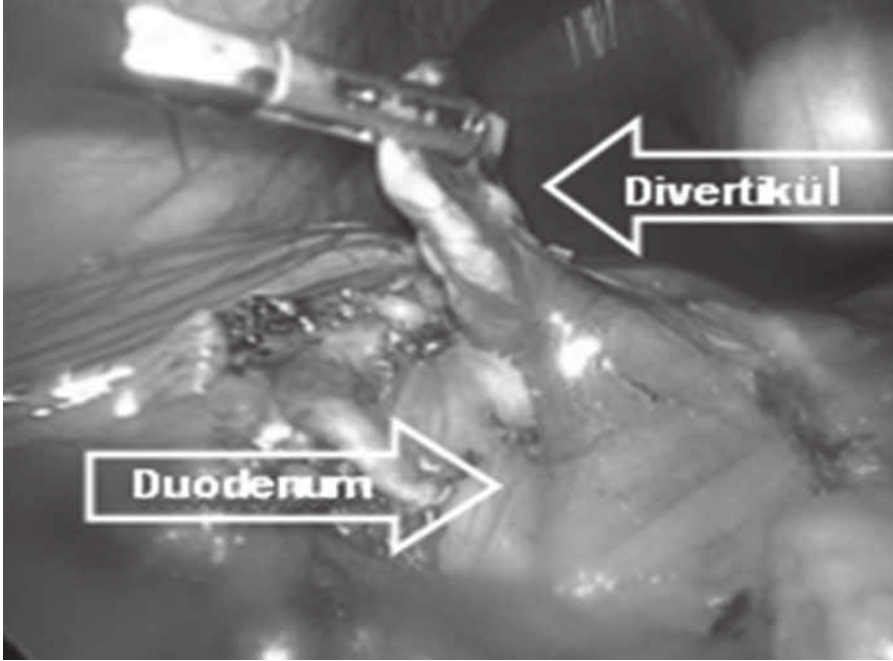
26 yaşında kadın hasta, 6 yıldır devam eden, aralıklı sağ üst kadran karın ağrısı ve bulantı-kusma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 2000 yılında apandektomi ve 2002 yılında trafik kazası nedeni ile splenektomi öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde özellik saptanmadı.

Fizik muayenesinde orta hatta daha önce geçirilmiş ameliyata ikincil olarak skar haricinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Serum kan laboratuvar değerleri normaldi.

Hastanın mevcut şikayetleri için üst gastrointestinal radyolojik tetkikler uygulandı. Karın ultrasonografisinde; hastanın şikayetlerini açıklayacak herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Gastroduodenoskopide hiatal herni ve antrum gastriti saptandı. Baryumlu mide-duodenum grafisinde duodenum 2. kısımda 4 cm çapa ulaşan divertikül saptandı (Resim 1). Ameliyat laparoskopik olarak genel anestezi altında uygulandı.



Resim 1. Baryumlu mide-duodenum pasaj grafisinde, divertikülün duodenum lateralinde görünür hale gelmesi.



Resim 2. Divertikülün ligasure ile serbestleştirilmesi.

Hasta sırt üstü yatar pozisyonda, kollar abduksiyonda ve 90 derece olacak şekilde ameliyat masasına yatırıldı. Karın, umblikus inferiorundan açılan 1 cm uzunluğundaki insizyondan Veress iğnesi ile, basınç 12-15 mm-Hg olacak şekilde

şişirildi. Basınç 12 mm-Hg olduğunda umblikus inferiorundan 10 mm'lik birinci trokar karın içerisine yerleştirildi. 10 mm'lik ikinci trokar sağda umblikus lateralinde ön aksiller çizgi hizasına gelecek şekilde kostal sınırın 2 cm inferioru-

na ve 10 mm'lik üçüncü trokar ise; sağda, midklavikular hatta kostal sınırın yaklaşık 2 cm inferiorundan karın içerisine yerleştirildi.

Hasta, ters-Trendelenburg pozisyonuna getirilerek ameliyata başlandı. Karın içerişi 30 derece laparoskop ile değerlendirildi ve orta hatta gözlemlenen omental yapışıklıklar ligasure (Ligasüre Atlas-Tyco) ile ayrıldı. Duodenal bölgede yaklaşık 4 cm çapa ulaşan, lateral yerleşimli divertikül saptandı. Divertikül Kocher manevrası ile divertikül boynuna ulaşıncaya kadar ligasure eşliğinde serbestleştirildi (Resim 2). 45-3 mm stapler (ENDO-GIA) 10 mm trokardan batın içerisine sokularak divertikül boynuna yerleştirildi. Stapler ateşlenerek divertikül karın dışına alındı (Resim 3). Stapler hattı polipropilen sütür ile ve devamlı dikişlerle kapatıldı. Kanama kontrolü yapıldı. 14 french dren Winslow boşluğuna yerleştirildi. Trokar delikleri sütüre edildi. Operasyon süresi 45 dakika idi. Postoperatif 2. günde dren çekildi ve oral beslenmeye başlandı. Hasta postoperatif 4. günde komplikasyon gelişmeden hastaneden taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirmede yalancı divertikül tanısı kondu.

Hasta kontrol amaçlı 1. ayda tekrar görüldü. Çekilen üst gastrointestinal radyolojik değerlendirmede divertikül saptanmadı.

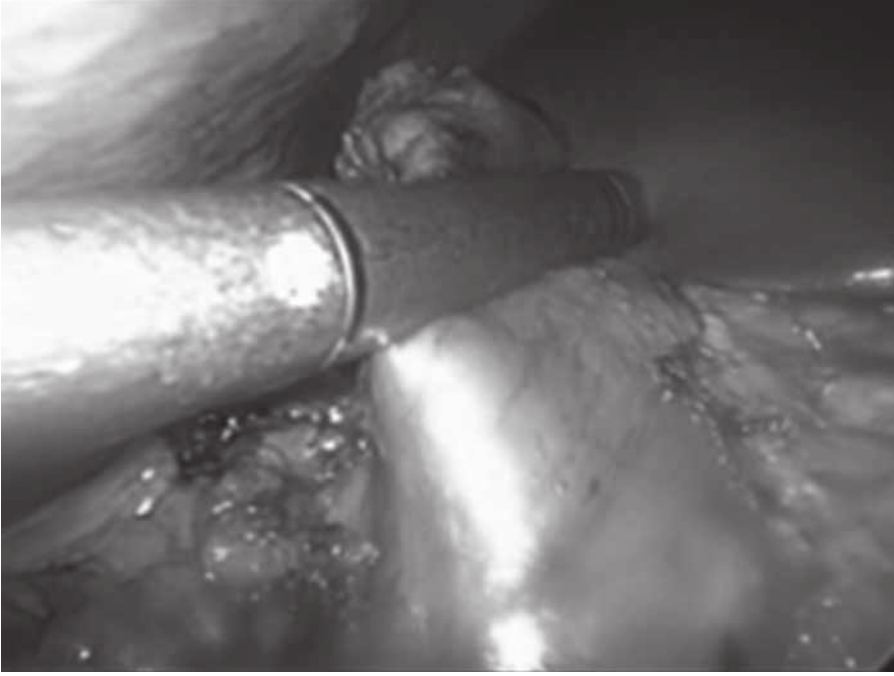
TARTIŞMA

İlk duodenal divertikülektomi Forsell ve Cey tarafından 1915 yılında yapılmıştır (6). Callery ve ark. 1994 yılında ilk laparoskopik duodenal divertikülektomili hastayı yayınlamışlardır (7).

Duodenal divertikül sağlıklı popülasyonda %5-22 arasında görülmektedir. Konjenital veya kazanılmış divertikül ile intralüminal veya ekstralüminal divertikül olarak sınıflandırılmaktadır. Sıklıkla periampuller bölgede duodenum medialinde ikinci veya üçüncü kısımda görülmektedir (8).

Duodenal divertiküller sıklıkla asemptomatiktir. Sık görülen komplikasyonlar arasında inflamasyon, kanama, pankreatit ve ana safra kanalı obstrüksiyonu görülmektedir. Nadir görülen bir komplikasyon olan perforasyonda mortalite oranı %20'lere kadar çıkmaktadır (9,10).

Bu hastalara tanı koymak güçtür, çünkü spesifik bir semptom ve görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. Bunun yanında en sık görülen semptomu bulantı



Resim 3. Divertikülün stapler ile rezeksiyonu.

ve kusmanın eşlik ettiği akut başlayan sağ üst kadran ağrısıdır.

Ameliyat öncesi radyolojik görüntüleme yöntemleri non-spesifiktir. İlk basamak olarak direk grafi ve ultrasonografi

kullanılabilir; fakat tanı koydurucu değildir. Daha ileri görüntüleme yöntemi olan bilgisayarlı tomografi barsak duvarında kalınlaşmayı, mezenterik yağ dokusunda inflamasyonu ve perforasyonda

ise retroperitoneal bölgede hava ve sıvı dansitelerini gösterebilir. Baryumlu mide duodenum pasaj grafisinde ise özellikle lateral yerleşimli divertiküller görünür hale gelebilir (11,12).

Klasik cerrahi tedavi duodenal divertikülün rezeksiyonu veya laparotomi ile inversiyonudur. Duodenal divertikülde cerrahi tedavi perforasyon, kanama ve tekrarlayan karın ağrısı gibi komplikasyonlarda uygulanabilir. Cerrahi tedavide mortalite ve morbidite %5-10 arasında değişmektedir.

Bu çalışmada medikal tedaviye rağmen geçmeyen karın ağrıları olan ve çekilen baryumlu mide duodenum pasaj grafisinde divertikül saptanan hastaya, divertikülektominin, laparoskopik yöntemle başarılı bir şekilde uygulanabileceğini göstermeyi amaçladık.

Özellikle sık görülen periampuller divertiküllerde laparoskopik tedavi tecrübe gerektirmektedir. Fakat lateral yerleşimli duodenal divertiküllere laparoskopik divertikülektominin daha kolay uygulandığını düşünmekteyiz. Laparoskopinin açık cerrahi yöntemlere göre bilinen avantajları sayesinde, özellikle genç popülasyonda; cerrahinin, hem hasta hemde cerrah tarafından daha çok tercih edilmesine yol açmaktadır.

SUMMARY

Laparoscopic duodenal diverticulectomy: a case report

In this case report, we present a rare case of laparoscopic resection of a symptomatic duodenal diverticulum. A 26 year old female referred to our center with a 6 year history of intermittent and severe pain in the right upper abdominal quadrant with nausea and emesis. In her medical history she had appendectomy in 2000 and she had splenectomy because of traffic accident in 2002. Physical examination was normal except a median insicion scar. Endoscopic examination of the upper digestive tract showed chronic gastroduodenal inflammation and hiatal hernia. The barium meal confirmed the

presence of a 4 cm diverticulum on the lateral wall of the second portion of the duodenum. Diverticulum was resected laparoscopically. There were no intra- or postoperative complications. The operative time was 45 minutes. Intraoperative bleeding was minimal. Oral intake was started on the 2nd postoperatif day. The patient was discharged on the 4th postoperatif day, and he has been doing well with no complaints during the follow-up period. Duodenal diverticula are usually asymptomatic, more often is found incidentally on gastrointestinal series. The classic surgical procedures for duodenal diverticula are resection by laparotomy or laparoscopy.

Key Words: Duodenal diverticulum, laparoscopy, diverticulectomy

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Taylan Özgür Sezer, Mehmet Görgün

Verilerin elde edilmesi:

Taylan Özgür Sezer, Mehmet Görgün

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Taylan Özgür Sezer, Mehmet Görgün

Yazının kaleme alınması:

Taylan Özgür Sezer, Metin Karadeniz

İstatistiksel değerlendirme:

-

KAYNAKLAR

1. Jang LC, Kim SW, Park YH, Kim JP. Symptomatic duodenal diverticulum. *World J Surg* 1995; 19: 729-733.
2. Iida F. Transduodenal diverticulectomy for periampullar diverticula. *World J Surg* 1979; 3: 103-106, 135-136.
3. Duarte B, Nagy KK, Cintron J. Perforated duodenal diverticulum. *Br J Surg* 1992; 79: 877-881.
4. Andromanakos N, Filippou D, Skandalakis P, Kouraklis G, Kostakis A. An extended retroperitoneal abscess caused by duodenal diverticulum perforation: report of a case and short review of the literature. *Am Surg* 2007; 73: 85-88.
5. Psathakis D, Utschakowski A, Muller G, Broll R, Bruch HP. Clinical significance of duodenal diverticula. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 257-260.
6. Maingot R. Gastric and Duodenal Diverticula. In: Maingot R. *Abdominal Operations*. 2nd ed. New-York: Appleton-Century-Crofts, 1980: 141-156.
7. Callery MP, Aliperti G, Soper NJ. Laparoscopic duodenal diverticulectomy following hemorrhage. *Surg Laparosc Endosc* 1994; 4: 134-138.
8. Cattell RB, Mudge TJ. The surgical significance of duodenal diverticula. *N Engl J Med* 1952; 246: 317-324.
9. Schnueriger B, Vorburger S. A, Banz V. M, Candinas D. Diagnosis and management of the symptomatic duodenal diverticulum: a case series and a short review of the literature. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 1571-1576.
10. Martínez-Cecilia D, Arjona-Sánchez A, Gómez-Álvarez M. Conservative management of perforated duodenal diverticulum: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 1949-1951.
11. Bergman S, Koumanis J, Stein LA, Barkun JS, Paraskevas S. Duodenal diverticulum with retroperitoneal perforation. *Can J Surg* 2005; 48: 332.
12. Sakurai Y, Miura H, Matsubara T, Imazu H, Hasegawa S, Ochiai M. Perforated duodenal diverticulum successfully diagnosed preoperatively with abdominal CT scan associated with upper gastrointestinal series. *J Gastroenterol* 2004; 39: 379-383.