

Stapler uygulamasında yenilikler

Mark M. RAVITCH

Pittsburgh Üniversitesi, Montefiore Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Pittsburgh, Pennsylvania

Stapler kullanımı ile ilgili deneyimlerin artması ile, son zamanlarda kolo-rektal cerrahide yeni anastomoz teknikleri geliştirilmiştir. Uç-uca anastomoz yapabilen EEA türü stapler aygıtları cerrahların alışık olduğu biçimde sirküler tarzda, invertede türde anastomoz yapabilmeleri, uygulama kolaylığının bulunması ve daha çok tanınmış olması nedeniyle tercih edilmektedir. Bu tercihte, aletin, GIA diye isimlendirdiğimiz lineer türde anastomoz yapabilen stapler aygıtına göre uygulama kolaylığının ne olduğuna ya da endikasyonunun bulunup bulunmadığına pek bakılmamaktadır. Halbuki, endikasyona uygun bir biçimde alet seçildiğinde, lineer anastomoz yapabilen GIA ya da TA türü staplerin kullanımı ile hem daha geniş bir anastomoz yapma olasılığı vardır; hem de bu tür anastomozların sonradan daralma şansı EEA ile yapılanlara oranla daha düşüktür. Bu duruma örnek olarak Mikulicz tarzında yapılan bir kolostomiden sonra, getirici ve götürücü anslar arasında uç-uca yapılacak bir anastomoz yerine, aradaki septumun lineer bir stapler aygıtı ile ortadan kaldırılmasını ve latero-lateral anastomoz yapılmasını gösterebiliriz. Bu tür bir anastomoz fonksiyonel olarak tıpkı bir uç-uca anastomozun işlevini görebilir; ayrıca anastomoz sahası da geniştir. Aylar sonra bu tür bir anastomoz sahası kolonoskop ile incelenecek olsa, tıpkı end-to-end olarak yapılmış bir anastomozun görüntüsü elde edilecektir. Yani GIA kullanarak EEA ile yapılan türdeki gibi, hem de ondan daha geniş bir anastomoz sağlanmış olur. GIA kullanarak yapılan anastomozlarda "önce anastomoz-sonra rezeksiyon" prensibi uygulanmaktadır. Bu teknik şöyle uygulanmaktadır: Çıkarılması düşünülen barsak bölümü önce devaskülarize edilir. Bu devaskülarize alanın proksimali ve distalindeki barsak ansları (yani anastomozun yapılacağı barsak ansları) antimezenterik kenarları boyunca birbirle-

rine yaklaştırılıp bir Kocher klampı ile tutturulur. Proksimal ve distal barsak ansları antimezenterik kenarlar birbirine gelecek şekilde yaklaştırıldıktan sonra Babcock klampları ile gergin tutulur. Her iki barsak ansının duvarından yapılan küçük kesilerden GIA stapler aygıtının bacakları sokulur. Latero-lateral anastomoz gerçekleştirilir. Anastomoz kontrol edilir. GIA staplerin bacaklarının girdiği açıklığın bulunduğu taraftaki devaskülarize barsak rezeke edilir. Yani önce anastomoz sonra rezeksiyon yapılmış olur. Buradan anlaşılacağı gibi, devaskülarizasyonun sağlanmasından sonra anastomoz 1 dakika gibi kısa bir süre içinde gerçekleştirilmiş olur. Kuşkusuz bu tür bir anastomoz tekniği, pelvik döşemenin altında, çok derindeki girişimlerde uygulanamaz. Ama uygulanabileceği durumlar varsa tercih edilmelidir. Çünkü az süre alır ve kontaminasyon riski daha düşüktür. Diğer bir anastomoz türü süngü tarzında yapılan anastomozlardır. Burada, aşağı seviyedeki kolo-rektal anastomozlar söz konusudur. Proksimaldeki aşağıya çekilerek kolonun ucu lineer bir stapler ile kapatılır. Sonra bu uç aşağıya rektumun yanına çekilerek, latero-lateral anastomoz gerçekleştirilir.

Staplerin kolon duvarından sokulduğu delik dikişle kapatılır. Rektumda açık olan üst uç kapatılır. Sonuçta rektum ile kolonun birbirleri ile ilişkileri bir süngünün namlu ile olan ilişkisine benzer bir görünüm arzedecektir. Sirküler tarzda anastomoz yapabilen EEA aygıtı, anastomoz yapmak için anüsten sokulabileceği gibi, üstteki kolondan bir kolotomi yapıp lümen içine girip anastomoz hatına doğru yürütülebilir. Hangi yol tercih edilirse edilsin, distaldeki rektum güdüğünün ağzı mutlaka bir kese ağzı dikişle dikilmeli ve bu dikişin staplerin şaftını sıkı bir biçimde kavraması sağlanmalıdır. EEA stapler ile yapılan

anastomozlarda bu nokta çok önemlidir. Bu dikiş staplere iyice oturmaz ise anastomozun güvenliği tehlikeye düşer. Rektum güdüğünden başka proksimaldeki barsağın ucuna konan kese ağzı dikişinin de staplerin şaftına iyi oturması gerekir. Biz rektum güdüğüne monoflaman bir dikiş over-and- over tarzında geçerek kese ağzı dikişini koymayı tercih ediyoruz. Bu tür bir dikişin uçları çekildiği zaman, dikiş materyeli daha kolay kayabilme ve düğüm staplere daha iyi biçimde oturmaktadır. Yine biz stapleri daha çok aşağıdan, anüsten sokmayı tercih etmekteyiz. Eğer stapler yukarıdan bir kolotomi yapılarak sokulacak olursa ek bir dikiş alanı daha ortaya çıkacaktır. Bunun morbiditeyi ciddi biçimde artırdığını gösteren bir yayın olmamakla beraber, riski artırdığı söylenbilir.

Bazı cerrahlar anastomozun yapılmasından sonra kontrol için fazla gayretkeş davranırlar. Alttan hava ya da sıvı vererek anastomoz kaçacağını kontrol ederler. Ufak kaçak olan bir yer varsa buraya ek dikiş koyarlar. Hatta bazen tüm anastomozu bozar ve yeniden stapler uygularlar. Deneyimlerimize göre bu tür bir işleme gerek bulunmamaktadır. EEA türü sirküler anastomoz aleti ile yapılan anastomozlarda "darlık" bir sorun olarak ortaya atılmış ve üzerinde durulmuştur. Bu nedenle ilk zamanlarda EEA ile yapılan anastomozlarda darlık olabileceği öne sürülmüştür. Ancak, sonraları, bunların asemptomatik ve sadece endoskopiyle gözlenebilen darlıklar olduğu (kesinlikle striktür değildir) ve gaitanın anastomoz içinden geçmesi ile kendiliğinden dilate olabildikleri bildirilmiştir. Bazen membranöz tarzda darlık alanları oluşabilir. Ancak bunlar genellikle tek bir dilatasyonla ortadan kalkarlar. Çok nadir olarak, bazen elle yapılan anastomozlardan sonra ortaya çıkanlar gibi sert, lümeni oldukça daraltan striktürler görülebilir. Bu durum genellikle klinik olarak farkedilmemiş bir kaçak ya da enfeksiyona bağlı nedbe gelişimi sonucu ortaya çıkar. Sık dilatasyonlar ve hatta zorunlu kalırsa rezeksiyon gerektirebilir.

Shreveport'dan Knight yeni bir stapler tekniği önermiştir. Bu yöntemde göre distaldaki barsağa (rektumun güdüğünün ağzına) kese ağzı dikişi konulmaz. Bunun yerine çift sıralı bir lineer stapler ile güdük kapatılır. EEA'nın ucu anüsten sokulduktan sonra stapler hattının bir köşesinden ya da tam ortasından geçirilerek proksimal barsağın içine sokulur. Anastomoz normaldeki gibi EEA ile yapılır. Bu cesurane atılım ile, EEA uygulamalarına yeni bir boyut getirilmiş olmaktadır.

Bizim ünitemizde çalışmakta olan Dr.Thomas Julian da güdüğü stapler ile kapatıp, rektumdan EEA'nın ucunu çıkarmak şeklinde belirtilen bu yöntemi mide rezeksiyonlarında Billroth-I anastomozunda kullanmaktadır. Mide rezeksiyonu yapıp, mide güdüğünün lineer bir stapler ile kapatılmasından sonra Julian, ufak bir gastrotomi yapmakta ve EEA staplerin ucunu buradan sokup, midenin kapatılan kısmındaki stapler hattından çıkarmaktadır. Bu ucu duodenuma sokup gastro-duodenostomi uygulamaktadır. Stapler hattının bir yerden delinip anastomozun güvenle yapılması ilk bakışta insana garip gelmektedir. Ama geniş serilerde hiç kaçak insidensine rastlanmamıştır. Bu yöntemde mide güdüğü TA ile kapatılmaktadır. Stapler (EEA) bu lineer stapler hattından geçirildikten sonra TA ile yapılan stapler hattının tel dikişlerinde bir miktar açılmalar olabilir. Ama bu açılmalar tam gastro-duodenostomi alanına denk geldiği için bir sorun oluşmamaktadır. Bazen, enteresan bir biçimde buradaki tel dikişlerde hiçbir zarar olmadığı da görülmüştür.

Bu tür bir anastomoz için en uygun yer kuşkusuz Hartmann prosedürünün ikinci seansı olmaktadır. Burada hiçbir pelvik diseksiyon yapılmaksızın kolo-proktostomi kolaylıkla gerçekleştirilir. Son olarak, tüm cerrahlara, her olguda EEA'yı körü körüne kullanmak yerine, endikasyonu bulunduğu zaman, daha geniş bir anastomoz olanağı sağlayan GIA aygıtını da kullanmayı öneriyorum.