

Sirkumumblikal kesi ile piloromiyotomi

Nüvit SARIMURAT, Sinan CELAYİR, Nizametin KILIÇ, Pervin BOZKURT, Yüksel YEKER, Ergun ERDOĞAN, Cenk BÜYÜKÜNAL, Daver YEKER

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Anesteziyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Sirkumumblikal kesi, infantil hipertrofik pilor stenozu (İHPS) ameliyatlarında alışlagelmiş karın sağ üst kadrane enine kesisine, kozmetik üstünlüğü nedeni ile alternatif olarak gösterilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde 1992-1995 yılları arasında her iki kesinin kullanıldığı toplam 44 olgunun retrospektif değerlendirilmesi yapılmıştır. Olguların ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası takip ve beslenme protokollerinde farklılık yoktur. Sirkumumblikal kesi 21, karın sağ üst kadrane enine kesisi ise 23 olguda kullanılmıştır. İki grup arasında; başvuru yaşı, ilk belirti zamanı, ameliyat öncesi sıvı-elektrolit tedavisi süresi ve hastanede kalış süreleri yönünden istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ameliyat esnasında veya sonrasında ciddi komplikasyon gelişen olgu olmamıştır. Sirkumumblikal kesinin ilk uygulandığı olgulardan birinde teknik güçlük nedeni ile ikinci bir kesi gerekmişse de, deneyim artışı ile benzer sorun tekrar yaşanmamıştır. Sirkumumblikal kesinin İHPS ameliyatı için belirgin teknik güçlük yaratmadan iyi bir kozmetik sonuç sağladığını düşünüyüz.

Anahtar kelimeler: Pilor stenozu, bebek, pilor, yara iyileşmesi

Summary

Circumbilical incision in pyloromyotomy

Circumbilical incision is shown to be an alternative to the usual right upper quadrant horizontal incision of infantile hypertrophic pyloric stenosis because of its cosmetic superiority. In this study a retrospective evaluation of 44 cases in which two different incisions were used between 1992 to 1995 in our clinics. There is no difference regarding preoperative preparation and postoperative follow-up and feeding protocols between the groups. Circumbilical incision was used in 21 and right upper quadrant horizontal incision was used in 23 cases. No statistically significant difference was observed in age of admission, first symptom time, the time of fluid-electrolyte therapy and total time of hospitalization between two groups ($p>0.05$). No serious complication was seen during and after the operations. Although a second incision was needed in one of the early cases, with the development of experience no such problem was seen again. We think that circumbilical incision gives a good cosmetic result without obvious technical difficulties.

Key words: Pyloric stenosis, infant, pylorus, wound healing

Giriş

İnfantil hipertrofik pilor stenozu (İHPS) olgularının güncel tedavi yöntemi Ramstedt tarafından tariflenen ektramukoz piloromiyotomidir (2). Bu ameliyat için genellikle batın öndüvarında sağ üst kadrane enine kesisi kullanılırsa da, Tan ve Bianchi 1986 yılında piloromiyotomi için sirkumumblikal kesiyi tanımlamışlar ve elde edilen kozmetik sonucun üstünlüğünü vurgulamışlardır (6). Bu çalışmada dört yıllık süre içerisinde kliniğimizde İHPS nedeni ile ameliyat edilen, sağ üst kadrane enine kesisi ve sirkumumblikal kesi kullanılan olgularımıza ait veriler irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

1992-1995 yılları arasındaki dört yıllık dönemde, kliniğimizde İHPS nedeni ile ameliyat edilen 44 olgu retrospektif olarak; başvuru yaşı, ilk belirti zamanı, ameliyat öncesi sıvı-elektrolit tedavisi süresi, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ve gelişen komplikasyonlar yönünden incelendi.

Olguların tümünde ameliyat öncesi sıvı-elektrolit tedavisi aynı protokol ile düzenlendi ve rutin olarak tek doz profilaktik seftriakson (50 mg/kg) uygulandı. Karın sağ üst kadrane kesisi, göbeğin üzerinden sağ rektus izdüşümünden yapıldı ve bu grupta fasya ve periton da aynı doğrultuda açıldı. Diğer gruptaki olgularda ise göbek halkasının üst kıvrım sınırına paralel şekilde yapılan cilt kesisi sonrası, fasya ve pe-

riton enine kesi ile açıldı. Pilorik kitlenin kesiden dışarı çıkarılmasında güçlük olan olgularda sorunun çözümü için, fasya kesisi boyuna veya her iki yan doğrultuda 0.5-1 cm genişletildi. Her iki grupta karın duvarı katları Vicryl (Ethicon, UK) cilt ise prolen (Ethicon, UK) dikiş gereci kullanılarak kapatıldı. Saptanan verilerin gruplar arasındaki istatistiksel farklılıkları Student-t ve Ki-kare testleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Olguların 21'inde (17 erkek, dört kız) sirkumumblikal kesi ile (grup I) laparotomi yapılırken, 23 (19 erkek, dört kız) olguda da karın sağ üst kadran enine kesisi (grup II) kullanılmıştı. Gruplara ait; başvuru yaşı, ilk belirti zamanı, ameliyat öncesi sıvı-elektrolit tedavisi süresi, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi verileri Tablo I'de özetlenmiştir. Tüm bu veriler açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Olguların hiçbirinde ameliyat sırasında komplikasyon gözlenmemiş, ameliyat sonrası dönemde ise grup I'de birer olguda yara enfeksiyonu ve dikiş reaksiyonu saptanmıştır. Çalışma süresinin erken dönemlerinde sirkumumblikal kesi grubundaki bir olguda pilor kitlesi dışarı alınmadığından ek olarak sağ üst kadran enine kesisi yapılması gerekmiştir. Bu olgunun ameliyat sonrası dönemde ek sorunu olmamıştır. Yine bu grupta büyük olan pilor kitlesinin dışarı alınabilmesi için cilt insizyonu aynı kalacak şekilde fasya kesisinin; beş olguda her iki yan, üçünde de boyuna doğrultuda genişletilmesi gerekmiştir.

Tablo I. İki grubun verilerinin istatistiksel karşılaştırılması

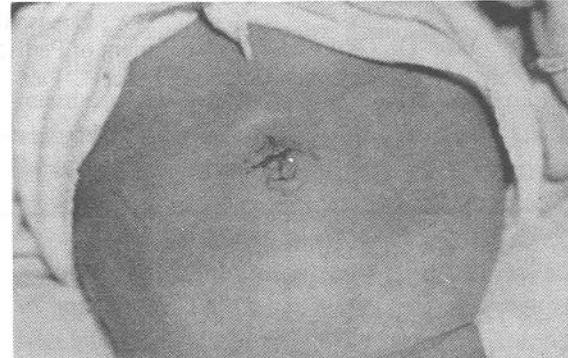
	Grup I	Grup II	p değeri
Başvuru yaşı (gün)	34.6±15.3	36.2±15.5	>0.05
Semptomatoloji başlama yaşı (gün)	20.1±8.37	18.4±8.27	>0.05
Ameliyat öncesi resüsitasyon süresi (gün)	2.90±1.56	3.13±1.49	>0.05
Ameliyat sonrası yatış süresi (gün)	4.38±2.07	4.47±2.23	>0.05

grup I: sirkumumblikal kesi, grup II: klasik sağ üst kadran transvers kesisi.

Tartışma

Ameliyat öncesi verilerin istatistiksel olarak karşılaştırılması sonucu, serimizdeki gruplar arasında farklılık olmadığı ve grupların bu yönden benzer seçilmiş oldukları görülmektedir. İki olguda gözlenen basit yara sorunu dışında, ameliyat sonrası kesi biçimine bağlı komplikasyon gözlenmemiştir. Ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri de her iki grup arasında anlamlı farklılık sergilenmemiştir ($p>0.05$). Bu kesi ile yapılan laparotominin belirgin teknik güçlük yaratmadan pilora ulaşımı sağladığı ve gerek ameliyat esnası ve sonrası komplikasyon oranında, gerekse de hastanede kalış süreleri yönünden klasik karın sağ üst kadran kesisi ile karşılaştırıldığında farklılık saptanmadığı diğer araştırmacılar tarafından da bildirilmiştir (3,5,6).

Buna karşılık bu kesinin en önemli kazanımı, yarada iyi bir kozmetik sonuç sağlamasıdır (Resim 1). Göbek halkasının geniş olduğu olgularda ise skar geç dönemde tümü ile göbek halkası içerisinde kalabilmektedir. Laparoskopi ile yapılan piloromiyotominin savunusunda da karın ön duvarında oluşturduğu skar dokusunun azlığı öne sürülür (1). Oysa en az üç port girişinin kullanıldığı bu yöntemin, karın içerisinde karbondioksit insuflasyonu gerektirmesinin küçük bebeklerde anestezi sırasında sergilediği risk bir tarafa, üç ayrı skar oluşturduğu düşünülür ise, sirkumumblikal kesinin oluşturduğu skarın bu yönden daha iyi kozmetik görünüm yarattığı bir gerçektir.



Resim 1. Ameliyat sonrası erken dönemde sirkumumblikal kesinin görünümü.

Ameliyat esnasında, özellikle pilor kitlesinin nispeten büyük veya fikse olduğu olgularda sirkumumbilikal kesi ile yaşanabilecek teknik güçlüğü, fasya kesisinin her iki yana veya yukarıya doğru genişletilmesiyle azaltılabileceği bilinmektedir (4,5). Bu serinin ilk olgularından birinde bu tip bir sorunun çözümü için ek bir cilt kesisi kullanılması gerekmişse de, kazanılan deneyim ile serinin geri kalanında bu tip sorun yaşanmamıştır.

Sonuç olarak pilor stenozunun cerrahi tedavisinde; zaman içerisinde kazanılan deneyim ile sirkumumbilikal kesinin, bizim serimizde belirgin teknik güçlüğü neden olmadığını ve yöntemin tercih edilmesindeki tek önemli kazanımın kozmetik sonuç olduğunu düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Alain JL, Grousseau D, Terrier G: Extramucosal pyloromyotomy by laparoscopy. J Pediatr Surg 26:1191, 1991
2. Benson CD: Infantile hypertrophic pyloric stenosis. In Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI (eds): Pediatric Surgery. Chicago, Yearbook Medical Publishers 1986, p 811
3. Fitzgerald PG, Lau GYP, Langer JC, Cameron GS: Umbilical incision for pyloromyotomy. J Pediatr Surg 25:1117, 1990
4. Poli Merol ML, Francois S, Lefebvre F, et al: Interest of umbilical fold incision for pyloromyotomy. Eur J Pediatr Surg 6:13, 1996
5. Sarımurat N, Kılıç N, Yeker Y, et al: Circumbilical incision for pyloromyotomy. Is it superior to classical right upper quadrant incision? 1. Avrupa Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur. Graz, Avusturya, Mayıs 1995
6. Tan KC, Bianchi A: Circumbilical incision for pyloromyotomy. Br J Surg 73:399, 1986

THE PAEDIATRIC OESOPHAGUS AN INTERDISCIPLINARY SYMPOSIUM

Main Topic
**Gastro-Oesophageal Reflux with a Special Interest in
Alkaline Reflux**

20-22 April 1998, İzmir

Başvuru adresi

Prof. Dr. Oktay Mutaf, Department of Pediatric Surgery Ege University Faculty of Medicine
35100 İzmir, Turkey Fax: +90 232 375 12 88 and 342 21 42

Elektronik adres

e-mail: mutaf@bornova.ege.edu.tr