

Pilor Koruyucu Olmayan Peptik Ülser Ameliyatlarının Alkalen Reflü Gastrit Yönünden Değerlendirilmesi

Dr. Hüseyin Altun (1), Dr. Hasan Bektaş (2), Dr. Binnur Karagöz (3), Dr. Turhan Aksoy (4)

ÖZET

Peptik ülser nedeniyle ameliyat edilen 63 hasta, alkalen reflü gastrit açısından değerlendirildi. Bunun için, bütün hastalara, gastroskopi, kalan mide güdüğünden biopsi, kolesintigrafi yapıldı ve hastalar "Visick" kriterlerine göre değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda, alkalen reflü gastrit açısından en iyi ameliyatın Billroth-I prosedürü olduğu ve klinikle uyumlu tanı yönteminin (alkalen reflü gastrit için) kalan mide güdüğünden yapılan biopsi olduğu anlaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Peptik ülser, alkalen reflü gastrit

SUMMARY

EVALUATION OF ALKALINE REFLUX GASTRITIS IN THE PEPTIC ULCER OPERATIONS WITHOUT PRESERVATION OF THE PYLORUS.

In this study 63 patients, undergone peptic ulcer operations, have been evaluated for alkaline reflux gastritis. We applied, gastroscopy and biopsy from the remaining gastric stump and cholestigraphy to all our patients and they were evaluated with respect to "Visick" criteria. It has been concluded that the best operation for alkaline reflux gastritis is Billroth-I procedure and the best diagnostic criteria for alkaline reflux gastritis is Billroth-I procedure and the best diagnostic criteria for alkaline reflux gastritis is biopsy from the remaining gastric stump.

Key words: Peptic ulcer, alkaline reflux gastritis.

GİRİŞ

Peptik ülser için yapılan ameliyatların yüz yıldan beri tartışılıyor olması hala ideal bir yöntemin bulunmadığını gösterir. Tartışmaların kaynağı, operasyondan sonra ortaya çıkan post gastektomik semptomlardır.

Hastada sürekli şikayete neden olan alkalen reflü gastrit, peptik ülser için yapılan ameliyatların başarısını olumsuz yönde etkiler.

Reflü sonucu, mide epitelinde oluşan metaplazinin prekanseröz bir lezyon olduğu tespit edildikten sonra, alkalen reflü gastrit (ARG), bütün kliniklerde yeniden değerlendirilmeye başlandı. (1,2,3).

ARG için mutlaka aranan şart; pilorik sifinkterin yıkımı, bozulması veya by-passı ile barsak içeriğinin gastrik güdüğe reflüsüdür. Bu klinik antite, alkalen duodenal içeriğin mideye reflüsü, mide mkozası ile sürekli teması sonucu oluşan epigastrik ağrı, bulantı, safralı kusma ve kilo kaybı ile karakterizedir (4,5).

ARG'in tamsı, tedavisi için ikinci bir operasyonun gerekip gerekmediği veya ikinci bir operasyona meydan vermemek için "seçilen ameliyat tipi ne olmalıdır?" sorularına cevap olacak çalışmalara katkıda bulunmak amacıyla pilor koruyucu olmayan çeşitli peptik ülser ameliyatı geçirmiş hastalar, ARG yönünden klinik, gastroskopik, histopatolojik ve kolesintigrafik olarak değerlendirildi. Ayrıca, diagnostik yöntemler arasında tamı değeri açısından kıyaslama yapıldı.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma kapsamına, 1.1.1987-31.12.1990 tarihleri arasında, SSK İstanbul Hastanesi 2. Cerrahi kliniğinde pilor koruyucu olmayan mide ameliyatı geçirmiş 63 hasta rastgele bir seçimle alındı (Tablo 1). Maligniteler çalışma kapsamına alınmadı. Tüm hastalar klinik açıdan değerlendirilip, "Visick" kriterlerine göre sınıflandırıldı (Tablo 2). Ayrıca, tüm hastalar gastroskopi, histopatolojik ve kolesintigrafik değerlendirmeler, Tablo 3,4 ve 5 te sunuldu. Hastalar Tablolardaki kriterlere göre değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların en genci 16, en yaşlısı 60 yaşında olup, ortalama yaş, 41.5 yıl idi.

SSK İstanbul Hastanesi II. Cerrahi Kliniği

(1) Uzmanı

(2) Çanakkale Devlet Hastanesi, Uzman Doktor

SSK İstanbul Hastanesi II. Cerrahi Kliniği (3) Asistanı,

(4) Şefi,

Hastaların cins ve geçirmiş olduğu drenaj tipi Tablo 1'de verilmiştir.

TABLO 1			
Drenaj Tipi	Kadın	Erkek	N
BTP-PP*	1	11	12
B-I**	4	9	13
BTV-BII***	3	14	17
B-II****	6	15	21

* Bilateral Trunkal Vagotomi-Piloroplasti
 ** Billroth-I
 *** Bilateral Trunkal Vagotomi-Billroth-II
 **** Billroth-II
 N: Toplam

TABLO 2: VISICK

- I Klinik semptomsuz fevkalade iyi neticeler
 II Çok az hazım bozuklukları ile ağrı semptomu olmaksızın iyi netice. Bu hazım şikayetleri istirahat ve diyetle tedavi edilebilir ve hiç bir doktor tedavisini gerektirmez.
 III Vasat netice; dumping, ishal, safralı kusma, ağrılar gibi az veya çok dertor tedavisini gerektiren hallerdir.
 IV Kötü neticeler, bunlar, ileri derecede zayıflama, tedavinin yetersiz olduğu haller, nüks oluşması gibi klinik iyileşme olmayan vakalardır.

TABLO 3: GASTROSKOPİK DEĞERLENDİRME

DEĞERLENDİRME	SONUÇ
Midede safra bulunmaması ve endoskopik olarak gastrit saptanmaması	(-)
Midede az miktarda safra görülmesi, antrum distalinde veya peristomal bölgede gastrit hali saptanması.	(+)
Korpusun kısmen safra ile dolu olması ve/veya midenin yarısından fazla bir bölümünde gastrit belirlenmesi.	(++)
Midenin safra ile dolu olması ve/veya midenin bütününde gastrit hali	(+++)

TABLO 4: HİSTOPATOLOJİK DEĞERLENDİRME

- Parietal hücrelerde azalma veya kaybolma (-,+)
- Musin sekrete eden hücrelerde artış (-,+)
- Yüzeysel mukozada ülserasyon veya atrofik değişiklikler (A: Atroji) (-,+A,++A)
- İltihabi infiltrasyon (-,+,++)
- Gland morfolojisi (Ds: Distorsiyon Dl: Dilatasyon) (-,+Ds,Dl)
- İntestinal metaplazi (-,+)
- Damarsal değişiklikler (-,+)
- Regenerasyon (-,+)

DEĞERLENDİRME

SONUÇ

- Tüm parametrelerin toplamı (-) veya (+) olduğu vakalar (-)
- Tüm parametrelerin toplamı 2-3 (+) olduğu vakalar (+)
- Tüm parametrelerin toplamı 4-5 (+) olduğu vakalar (++)
- Tüm parametrelerin toplamı 6 (+) veya üstün olduğu vakalar (+++)

TABLO 5: KOLESİNTİGRAFİK DEĞERLENDİRME

DEĞERLENDİRME	SONUÇ
1. Mide görüntüsünün olmaması	(-)
2. Antrum, peristomal bölgenin görüntülenmesi	(+)
3. Korpusun bir kısmının görüntülenmesi	(++)
4. Korpusun tamamı ve/veya fundusun görüntülenmesi	(+++)

Peptik ülser için uyguladığımız ameliyat yöntemleri (Billroth-I, Billroth-II, Vagotomi-Piloroplasti) yukarıdaki verilere göre değerlendirdik ve Tablo 6,7,8,9'daki sonuçları aldık.

TABLO 6 KLİNİK DEĞERLENDİRME

	BTV - PP		B-I		BTV - BLL		B - II		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Visick										
I	3	25.00	3	23.08	6	35.29	6	28.57	18	28.57
II	6	50.00	10	76.92	8	47.06	13	61.90	37	58.73
III	2	16.67	-	-	3	17.65	2	9.53	7	11.11
IV	1	8.33	-	-	-	-	-	-	1	1.59

TABLO 7 GASTROSKOPİK SONUÇLAR

	BTV - PP		B-I		BTV - BLL		B - II		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gastroskopi										
-	-	-	3	23.08	-	-	1	4.76	4	6.35
+	5	41.67	6	46.16	7	41.18	10	47.62	28	44.45
++	5	41.67	2	15.32	8	47.06	10	47.62	25	39.68
+++	2	16.66	2	15.38	2	11.76	-	-	6	9.52

TABLO 8 BİOPSİ SONUÇLARI

	BTV - PP		B-I		BTV - BLL		B - II		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Biopsi										
-	3	30.00	5	62.50	5	35.71	7	38.84	20	39.22
+	3	30.00	1	12.50	7	50.00	8	42.11	19	37.25
++	3	30.00	1	12.50	2	14.29	1	.26	7	17.73
+++	1	10.00	1	12.50	-	-	3	15.79	5	9.80

TABLO 9 KOLESİNTİGRAFI SONUÇLARI

	BTV - PP		B-I		BTV - BLL		B - II		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kolesinti grafi										
-	3	42.81	8	72.73	3	3.71	9	62.29	25	43.35
+	2	28.57	1	9.09	4	28.57	4	28.7	11	23.91
++	1	14.29	1	9.09	2	14.29	-	-	4	8.69
+++	1	14.29	1	9.09	3	21.43	-	-	6	13.05

Tablolar incelendiğinde sonuçlar şu şekilde çıkmaktadır.

1- Drenaj çeşitlerinin Visick-kriterlerine göre karşılaştırması;

-63 hastanın %88; Visick I ve II, %12'si Visick III ve IV.

-B-I tipi drenaj yapılarının %100'ü Visick I ve II.

-BTV-PP ameliyatı olanların %75'i Visick I ve II, %25'i Visick III ve IV.

-B-II ameliyatı olanların %90.9'u Visick I ve II, %0.1'i Visick III ve IV.

-BTV-B-II ameliyatı olanların %82.3'ü Visick I ve II, %17.7'si Visick III ve IV.

2- Gastroskopiye göre ameliyat çeşitleri karşılaştırıldığında (Tablo-7)

-B-I ameliyatı olanların %69.24'ü (-) veya (+), %30.70'i (++) veya (+++)

-BTV-PP ameliyatı olanların %41.67'si (+), %58.33'ü (++) veya (+++)

-BTV-B-II ameliyatı olanların %41.18'i (+), %58.82'si (++) veya (+++).

-B-II ameliyatı olanların %52.38'i (-) veya (+), %47.62'si (++) veya (+++)

3- Biopsi sonuçlarının ameliyat çeşitlerine göre kıyaslanması (Tablo-8)

-B-I ameliyatı olanların %76'i (-) veya (+), %25'i (++) veya (+++)

-BTV-PP ameliyatı olanların %60'i (-) veya (+), %40'i (++) veya (+++)

-BTV-B-II ameliyatı olanların %85.71'i (-) veya (+), %14.29'u (++) veya (+++).

-B-II ameliyatı olanların %80.95'i (-) veya (+), %19.5'i (++) veya (+++).

4- Kolesintigrafi sonuçlarının ameliyat çeşitlerine göre kıyaslanması (Tablo-9)

-B-I ameliyatı olanların %81.82'si (-) veya (+), %18.18'i (++) veya (+++).

-BTV-PP ameliyatı olanların %71.42'si (-) veya (+), %28.58'i (++) veya (+++).

-BTV-B-II ameliyatı olanların %64.28'i (-) veya (+), %35.72'si (++) veya (+++).

-B-II ameliyatı geçirenlerin %92.86'si (-) veya (+), %7.14'ü (++) veya (+++).

TARTIŞMA

Peptik ülser ameliyatlarından sonra entero-gastrik reflü bir kural olmakla birlikte kalitatif anlamda bir morbidite etkeni değildir ve ameliyattan sonra görülen morbiditenin kısıtlı bir bölümünden sorumludur. Alkalen reflü gastrite bağlı şikayetler ameliyattan 3 ay ile 20 yıl sonra görülebilir (1).

ARG tanısı genel olarak, postoperatif yakınmaları

başka bir nedenle bağlanmayan, safra refüsünün yoğunluk ve süre açısından göreceli bir şekilde fazla olduğu ve reflüye bağlı mukaza değişiklikleri az çok üniform özellikler içeren hastalar için söz konusu edilmektedir (3,6).

Postoperatif ARG açısından bazı yazarlar klinik belirtilerin üzerinde durmakta, bazı yazarlar endoskopik olarak reflü varlığının saptanmasının en önemli bulgu olduğuna işaret etmektedir (3,4,7,8). Bazı yazarlar ise mukaza değişikliklerinin görülmesini en önemli bulgu olduğunu savunmaktadır. Bu nedenle biz her dört yöntemi (klinik, gastroskopi, histoloji, kolesintigrafi) birlikte kullandık. Aynı yöntemlerle ARG yüksek oranda çıkmasına rağmen, dört tanı yöntemi birden kullanıldığında ARG'e rastlanmadı.

ARG için bildirilen tipik belirtilerin hepsine her vakada rastlanmamaktadır. Olgularımızda da böyle olmuştur. Bu nedenle bir çok yazar klinik belirtilerin yanısıra patognomik laboratuvar bulgularının da gerekliliğinden söz etmektedir.

Hangi laboratuvar bulgusunun ARG için patognomik olduğu konusunda tartışmalar mevcuttur. Gastroskopiye midede bol safra görülmesinin patognomik olduğunu savunan yazarlar olduğu gibi biopsi ile kalan mide güdüğünde gastrit hali saptanmasını savunanlar da vardır (3).

Kimi yazarlar ise postoperatif yakınmaları olan ve bu yakınmaları açıklayacak başka bir patoloji ortaya konulamayan kişilerde enterogastrik sofra reflüsünün ortaya konmasının tanı açısından yeterli olacağını savunmaktadırlar ve tanıda entübasyon yönetimini kullanmayan, dolayısıyla da antiperistaltik hareketleri provake etmeyen kişisel yoruma kapalı bir yöntem kullanılması gerektiğini savunmaktadırlar. Yazarlar bu durumda en akılcı yaklaşımın enterogastrik reflünün kolesintigrafi ile incelenmesini savunmaktadırlar (4).

Bizim çalışmamızda ARG açısından patognomik bir laboratuvar yöntemi ortaya konulamadı. Yalnız klinik verilerle en uyumlu laboratuvar bulgusunun biopsi olduğu, en uyumsuz laboratuvar bulgusunun ise gastroskopik olarak midede safra görülmesi olduğu anlaşıldı.

Ameliyat yöntemlerinin verilerimize göre değerlendirilmesinde:

B-II, özellikle vagotomili olanlarda ve bunlardan daha az bir oranda BTV-PP ameliyatlarından sonra en yüksek reflü beklentisinin olduğu gösterilmiştir (4). Bu literatür verileriyle uyumludur. Ayrıca B-I ameliyatlarından sonra en düşük düzeyde reflü beklentisinin olduğu gösterilmiştir. Bu konudaki daha geniş kapsamlı bir çalışmanın cerrahi kliniklerindeki standart ülser ameliyatı seçimine ışık tutacağı kanısındayız. Aynı yöntemlere göre ARG yüksek oranlara çıkmakla beraber, 3 veya 4'ünü (klinik, gastroskopik, histopatolojik ve kolesintigrafik) pozitif olarak içeren olguya rastlanmadı.

KAYNAKLAR

- 1- **Başaran Y, Canoruç F.** Safra gastritisi semptomlar, gastrik analiz, endoskopik ve histolojik bulguların değerlendirilmesi. VI. Türk Gastroenteroloji Kongresi, İzmir, Uycan Basımevi 1985; 224-230.
 - 2- **Bozfakioğlu Y, Gökşen Y.** Peptik ülserin cerrahi tedavisinde bilateral trunkal vagotomi-hemigastrektomiden sonra sindirim kanalı devamlılığının "Roux-en-Y" tipi gastrojejunal anastomozla sağlanması. VI. Türk Gastroenteroloji Kongresi, İzmir, Uycan Basımevi 1985; 231-233
 - 3- **Burden WR, et al.** Alkaline reflux gastritis. Surg Clin North Am 1991; 71: 33-34.
 - 4- **Miedema BW, Kelly KA.** The Roux operation for postgastrorectomy syndromes. Am J Surg 1991; 161: 256-261.
 - 5- **Cabrol J, et al.** Bile reflux in postoperative alkaline reflux gastritis. Ann Surg 1980; 211: 239-243.
 - 6- **Davidson ED, Hersh, T.** Bile reflux gastritis. Am J Surg 1975; 130: 514-518.
 - 7- **Davidson ED, Herch T.** The surgical treatment of bile reflux gastritis. Ann Surg 1980; 192: 175-178.
 - 8- **Malagelada JR, et al.** Postoperative reflux gastritis: Pathophysiology and long term outcome after Roux-en-Y diversion. Ann Int Med 1985; 130: 78-183.
-