

Duodenal Ülser Perforasyonlarının Tedavisinde Vagotomi+Piloroplastinin Yeri

Dr. Hüseyin ALTUN (1), Dr. Ö.Faruk KAYIKÇI(2), Dr. İsmail TAŞAN(3)

ÖZET

Perforasyon duodenal ulkusların kesin cerrahi tedavi endikasyonu koyduran major komplikasyonlarından biridir. Uygulanacak cerrahi girişim morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde etkileyebileceği gibi reoperasyon ve nüks ülser oluşumunda da oldukça önemlidir.

Bu çalışmada basit kapama (Primer sutur+omentoplasti) ile TV trunkal vagotomi+Piloroplasti arasındaki farklar araştırılmıştır. Çalışmaya SSK İstanbul Hastanesi II. Cerrahi Kliniği'ne 1987-1990 yılları arasında başvuran 49 vaka alınmıştır. Vakalar ilk 8 saat içinde başvurmuş olup, herhangi bir ek sistemik hastalığı olmayan bireylerden seçilmiştir. Vakalar prospektif ve retrospektif olarak araştırıldı.

Anahtar Kelimeler: Duodenal ulcu perforasyon. Vagotomi+Piloroplasti

SUMMARY

The place of vagotomy+Pyloroplasty in duodenal ulcu perforations. Perforation is one of the major complications of "Duodenal ulcer" in which absolute surgical treatment is indicated. The surgical treatment not only effects morbidity and mortality significantly but also is rather influential in reoperation and in recurrent ulcer formation.

In this study, the differences between primer suture+omentoplasty and TV+Pyloroplasty have been researched. The 49 cases have been considered through 1987-1990. All our cases have been chosen among the ones that applied in initial 8 hours. Non of the patients had additional systemic diseases. The cases have been researched prospectively and retrospectively.

Key Words: Duodenal ulcus, perforation Vagotomy+pyloroplasty.

GİRİŞ

Poptik Ulkus perforasyonu batında acil cerrahi gerektiren haller içinde en ciddisidir. Tanının hızla ve doğru olarak konması mortalitenin hala yüksek olduğu bu patolojide etkin tedaviye ve mortalitenin düşmesine neden olur. Tam olarak anlaşılmayan bazı nedenlerle ülser tabanı aniden delinir ve mide duodenum veya jejunum kapsamı peritoneal kaviteye boşalır. Eğer gerekli önlemler alınmazsa bakteriel peritonit ve ölüm söz konusudur. Bazen özellikle mide boş olduğu zaman perforasyon deliği kapanabilir ve spontan iyileşme meydana gelir.(1)

P. Ülserin perforasyon eğilimini önceden saptamak mümkün değildir. Ancak ortalama %10 dolayındadır.(2)

H2 Reseptör blokerlerinin tedaviye girmesinin peptik ülser cerrahisi üzerine büyük etkisi olmasına rağmen, perfore ülser üzerine etkileri azdır. Bu azalma %10 dolayındadır(3).

Akut delinme her hangi bir yaşta husule gelebilmektedir.

MATERYAL VE METOD

Çalışmamızda, 1987-1990 yılları arasında SSK İstanbul Hastanesi 2. Cerrahi servisinde duodenal ülser perforasyonu tanısı konarak ameliyat edilen 49 hasta prospektif ve retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ve cins dağılımı, şikayetler, fizik muayene bulguları, radyolojik bulgular, uygulanan operatif teknikler, mortalite ve morbidite oranları, yapılan endoskopik tetkiklere göre nüks oranları, reoperasyon oranları incelendi. Hastalar operasyondan sonra endoskopik tetkik için çağrıldı. Çalışmamızı oluşturan 49 hastanın 30'una basit kapama, 19'una T. Vagotomi+Piloroplasti (HEINEKE MİKULICZ) uygulandı. İlk 8 saat içinde gelen hastalar değerlendirmeye alındı.

49 hastanın 47'si erkek, 2'si kadın olup, erkek/kadın oranı 47/2 idi.

Vakaların en genci 18, en yaşlısı ise 55 yaşındaydı. %36,7 oranı ile 31-40 yaş grubu ilk sırayı almakta idi.

Vakaların %51'inin ilkbahar ayında geldiği tespit edildi.

Hastaların anamnezlerine göre ve ameliyat esnasındaki bulgulara göre ülserler, akut ve kronik olarak ayrıldı. Vakaların 24'ünün (%48,9) akut, 25'inin (%51,1) kronik ülser perforasyonu olduğu tespit edildi.

Hastalarda tespit edilen fizik muayene bulguları

SSK İstanbul Hastanesi II. Cerrahi Kliniği

(1) Uzmanı (2) Asistanı

(3) Rize Pazar Devlet Hastanesi G. Cerrahi Uzmanı

için epigastriumda defans %91,8 ile ilk sırayı aldı.

Vakaların %59,1'inde serbest hava görüldü.

Hastanede yatış süreleri basit kapama uygulanan hastalarda ortalama 7.8 gün, TV+Piloroplasti uygulanan hastalarda ortalama 7.6 olarak bulundu. Materyalimizi oluşturan hastalar ilk 8 saat içinde geldiklerinden komplikasyonlar daha az görüldü ve hastanede yatış süreleri daha kısa oldu. Basit kapama uygulanan iki hastada duodenum arka yüz ülseri kanadı. Bir hasta 3. gün operasyona alınarak rezeksiyon yapıldı. Bu hasta 15. gün taburcu edildi. İkinci vaka konservatif tedavi ile iyileşti.

Akut ülserlerin 19'una basit kapama, 5'ine TV+Piloroplasti yapıldı. Toplam 24 vaka vardı.

Kronik ülserlerin 11'ine basit kapama, 14'üne TV+Piloroplasti yapıldı. Toplam 25 vaka vardı.

Hastalar taburcu edildikten ortalama 14 ay (en kısa 6 ay en uzun 24 ay) sonra gastroskopik tetkik için çağrıldı. Basit kapama uygulanan hastaların 13 tanesinde ülser tespit edildi. (%43,3) T.V.+Piloroplasti uygulananların bir tanesinde ülser tespit edildi. (%5,2) Hastalar daha sonra tıbbi tedaviye alındı. Basit kapama uygulananların 6'sı tıbbi tedaviye yanıt verdi. 7'si (%23,3) reoperasyon gerektirdi. T.V.+Piloroplasti uygulanan ülserli hasta tıbbi tedaviye yanıt verdi. Reoperasyon gerektirmedi. 49 vakada mortalite olmadı. 49 vakanın 10'unda (%21,1) erken dönemde komplikasyon görüldü. Basit kapama yapılanlarda komplikasyon oranı %26,4, TV+Piloroplastide ise %10,5 olarak bulundu.

Postoperatif seyrinde, basit kapama yapılan hastalarda ortalama 3. gün, TV+Piloroplasti yapılanlarda ise 4.gün nazogastik sonda alınarak oral diyetle başlandı.

TARTIŞMA

Peptik ülserli hastaların %70-80'i medikal tedaviye cevap vermekte %20-30'u cerrahi tedavi gerektirmektedir. Cerrahi tedavi gerektiren hastaların da %8-10'u perforasyon nedeniyle ameliyata alınmaktadır. (4-5)

Peptik ülser insidensinde, gelişmiş ülkelerde azalma olmasına rağmen, geri kalmış ülkelerde değişiklik tespit edilmiştir.

Basit kapama akut perfore ülserlerin çoğunda tercih edilir. Çünkü, çoğu serilerde bu hastaların %75'inde daha sonra ülser semptomları görülmemiştir. Kronik ülserlerde bu durum tersinedir. Vakaların %75'inde ülser semptomları devam eder.(6).

Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar alınmakla beraber reoperasyon oranının düşük olması takip süresinin kısa olmasına bağlanabilir. Basit kapamadan sonra çoğunlukla, en az 2 ay süreyle H reseptör blokleri verilmelidir. Bu tedavi şekli akut ülser perforasyonlu hastaların %90 ında iyileşme sağlar(7).

Kronik ülserli grupta bu ilaçlar duodenal ülser hastalığının doğal seyrini değiştirmezler. Ancak ülser

nüksünü geciktirirler.

Basit kapama uygulanan hastalarda morbidite oranı %26,4, mortalite olmadı. Hastanede yatış süresi 7,8 gün olarak gerçekleşti. Morbiditenin düşük olması, hastanede yatış süresinin kısa olması vakaların ilk 8 saatte gelmiş olmalarına bağlanabilir.

Çalışmamızın ikinci grubunu ise definitif cerrahi metodu olan T.Vagotomi+Piloroplasti oluşturmaktadır. Bu metod teknik olarak basit sütürden daha zor ve daha zaman alıcı değildir.

Piloroplasti maksadı ile yapılan piloro-duodenotomi duonum arka duvarının direkt olarak muayene edilmesini sağlar. Bunun sayesinde, kamanın birlikte bulunduğu hallerde transfixasyon sütürü ile hemostaz sağlanması da mümkün olur. Vagotomi ve piloroplasti ile aktivasyon halindeki ülser de tedavi edilmiş olduğundan bu hastalarda postoperatif devre daha saikin geçmektedir.(8-9)

İleri sürülen diğer bir komplikasyon ihtimali de önemli şartlarda yapılan piloroplastiden kaçak olmasıdır. Öte yandan literatürde bu komplikasyonun dikkati çekecek derecede olmadığı görülmektedir. Bir omentum uzantısının piloroplasti sütür hattı üzerine getirerek tespit edilmesi bu ihtimale karşı endişeleri giderici bir tedbirdir.(10)

Perforasyon teşhis edilmiş bir hastanın definitif tedaviye uygun olduğunu kabul etmek için aşağıdaki şartlarda olması gerekir.

- Perforasyondan sonra geçen süre 12 saati geçmiş olmamalı;
- Bakteriyel peritonit teşekkül etmemiş olmalıdır.(11)

Çalışmamızda 5 akut, 14 kronik ülser perforasyonlu 19 hastaya B.T.Vagotomi+Piloroplasti yapıldı. Bir hastada operasyondan bir yıl sonra yapılan gastroskopide ülser tespit edildi. Tıbbi tedaviye cevap verdiğinden reoperasyon gerekmedi. Morbitide :10,5, mortalite sıfır olarak gerçekleşti

SONUÇ

Çalışmamızda basit kapamanın hayat kurtarıcı olmasına karşılık, definitif metodlara göre nüks oranının ve reoperasyon oranının yüksek olduğu görülmüştür.

Tek başına basit kapamadan sonra nükseden hastalarla kıyaslayarak sonuçların mükemmel olduğunu ve kronik ülserlerde nüks oranını iyice düşürecek definitif operasyonun daha sonraki medikal ve cerrahi tedaviye lüzumu önleyeceği kanısına vardık.

Çalışma sonuçlarımızı otörlerin sonuçları ile karşılaştırılınca sonuçların uyumlu olduğunu gördük.

Sonuç olarak: Akut ülser perforasyonlarında, gecikmiş vakalarda, yaşlı hastalarda, birlikte sistemik hastalığı olanlarda basit kapama uygulanmalıdır. Kronik ülser perforasyonlarında ise; vakanın erken gelmesi, birlikte sistemik hastalık olmaması, hastanın genel durumunun iyi olması şartıyla definitif

girişim olan TV+Pilorooplasti tercih edilebilecek bir metoddur. Basit kapama uygulanan hastalar taburcu edildikten sonra en az 2 ay H⁺ pompa inhibitörleri verilmelidir. Daha sonraki endoskopik kontrollerde tıbbi tedaviye cevap vermeyen ülserler tespit edilirse ülser için definitif operasyonlar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- **Cope, Z.:** A history of the acute abdomen, London: Oxford Univ. press, 1965
 - 2- **Mc Donough, J.M., Foster, J.H.:** Factor influencing prognosis imperforated peptic ulcer. Am. Jurg. Surg. 123:411-416,1972
 - 3- **Mac Kay, A.J. and Mc. Ardle, C.S.:** Cimetidin and perforated peptic ulcer. Brit. J.Surg. 69:319, 1982
 - 4- **Önes, S.Dr., Sarıyer, M. Dr. Pusane, A.Dr., Perek, S.Dr.:** Duodenal ülser perforasyonunda tedavi seçimi. 298-301. 1986
 - 5- **Raimeres, S.A., Devlin, H.B.:** Perforated duodenal ulcer. Brit.J.Surg. 74:81-82, 1987
 - 6- **Sanaç, Y., Aran, Ö.:** Duodenal ülser hastalığının etyopatogenez ve tedavisindeki yeni görüşler. Ulusal Cerr.Der.1:9-17, 1985.
 - 7- **Simpson, C.J., Lamont, G., Macdonald, I., Smith, I.S.:** Effect of cimetidine on prognosis after simple closure of perforated duodenal ulcer, Br.J. Surg. 74:104-105, 1987
 - 8- **Alemdaroğlu, K.:** Tözen, M: Delinmiş duodenum ülserlerinde acil vagotomi ve pilorooplasti. Türk Tıp Cm.Mcm.9:37:2-8, 1970.
 - 9- **Choi, S., Boey, J., Alagaratnam, T.T., Poon, A. and Wong, J.:** Proximal gastric vagotomy in emergency peptic ulcer perforation. Surg. Gynecol. Obstet. 163:531-535, 1986.
 - 10- **Visick, A.H.:** A study of the failures after gastrectomy, Ann. R.Cool Surg. Eng.3:266-284, 1948.
 - 11- **Pierandozzi, J.S., Hinshow, D.B. and Rogers, F.:** Vagotomy and pyloroplasty for acute perforated duodenal ulcer. West J.Surg. 65:139-145, 1957.
-