

Mide Korpus Arka Yüzünde Ülser Perforasyon Nedeniyle Bir Olgu Sunumu

Op. Dr. Mustafa ŞENER (1), Op. Dr. M.Emin GÜNEŞ (2), Dr. Savaş BAYRAK (3),
Op. Dr. Feyzullah ERSÖZ (2), Dr. Şükrü ÇOLAK (3), Dr. Erdem ŞENTATAR (3)

ÖZET

Peptik ülserinin en sık görülen üç komplikasyonu kanama, perforasyon ve obstrüksiyondur. Perforasyon çoğunlukla duodenum ön yüzde prepylorik bölgede görülür. Acil cerrahi ile uğraşan hekimler için boş organ perforasyonlarında, perforasyonun lokalizasyonunu tespit ederken, gerekirse mide arka yüzünün de değerlendirilmesi gerektiğini akıldan çıkarmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mide ülseri, perforasyon, perforasyon yeri

SUMMARY

A Case With of Perforation of Posterior Face of Stomach.

The most complications of gastric ulcer are bleeding, perforation and obstruction. Frequently, location of perforation is the anterior face of duodenum, prepyloric area. When the emergency surgeons try to find out where the perforation is at luminal organ, examination of posterior face of stomach should be kept in mind.

Key Words: Gastric ulcer, Perforation, Location of perforation.

GİRİŞ

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda ortalama yarım milyon duodenal ülser ve yaklaşık 90 bin hastaya mide ülseri tanısı konulmaktadır. Bu hastalar yaşamlarının her hangi bir döneminde %10 oranında hastalığın komplikasyonu ile karşılaşır. Mide ülseri tanısı konan hastaların %35'inde ciddi bir komplikasyon çıkacağı tahmin edilmekte ve bütün mide ülserli olguların yaklaşık %10'unun altında bir malignite yattığı düşünülmektedir. Kanama, perforasyon ve obstrüksiyon, mide ülserinin en sık 3 komplikasyonudur. Ülser perforasyonu acil cerrahi girişim endikasyonu taşır (1,2).

Perforasyon çoğunlukla duodenum ön yüzde prepylorik bölgede görülür. Bizim olgumuzda ise perforasyonun mide korpus arka yüzündeydi ve bu nedenle explorasyonun sistemik önemini vurgulamak açısından dikkat çekici bulduk.

OLGU SUNUMU

32 yaşında erkek olan hastanın yaklaşık bir yıldır ara ara epigastrik ağrı, midede yanma ve ekşime şikayetleri mevcut idi. Hasta ani başlayan yaygın karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Sorgulamada ağrının 'bıçak saplanır' tarzda başlayıp zamanla karının tüm kadranslarına yayıldığı ve kusmanında eşlik ettiği anlaşıldı. Hastanın geçmişinde zaman zaman muhtelif ağrıları nedeniyle nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullandığı, yaklaşık 15 senedir de günde yarım-bir paket arasında değişen oranda sigara içtiği anlaşıldı.

Hastanın şimdiye kadar şikayetlerine ait herhangi bir tetkik ve tedavi görmediği saptandı. Yapılan fizik muayenede genel durum orta, TA: 90/60 mm/hg, NDS: 110/dk idi. Karında yaygın hassasiyet, tüm kadranslarda rebound fenomeni ve defans pozitif idi. Akciğerde kaballer dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 16000 mm/dl, hg: 12.6 g/dl, hct: %38.5 idi. Her iki diafram altı görülecek şekilde çekilen P-A akciğer grafisinde sağ diafram altında serbest hava saptandı. Diğer laboratuvar bulgularında özellik yoktu.

Hasta için boş organ perforasyonu (özellikle duodenal ulkus) ön tanısıyla acil operasyona alındı. Explorasyonda batında yaygın pürulan mayi mevcuttu. Mide ve duode-

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği
Klinik Şefi (1), Uzmanı (2), Asistanı (3)

num ön yüzünün salim olduğu görüldü. Kalın ve ince bağırsaklarda yapılan eksplorasyonda perforasyona rastlanılmadı. Gastrokolik ligaman açılarak mide arka yüzüne ulaşıldı ve perforasyonun mide korpus proximali ile büyük kurvatur arka yüzüne yakın bölgede olduğu tespit edildi. Makroskopik olarak bunun dışında gross patoloji tespit edilmedi. Primer raphy uygulandı. Batın bol serum fizyolojik ile yıkanarak aspire edildi ve loja latex dren konarak operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif erken ve geç dönem komplikasyonları çıkmayan hasta yedinci günde cerrahi şifa ile taburcu edildi. Postop dördüncü haftada hastaya ösofagogastroskopi uygulanarak endoskopik biopsi yapıldı. Endoskopi raporunda korpus arka yüzde nedbe dokusu dışında özellik yoktu. Pilor forme ve santralize idi. Bulbus forme ve mukozası normal, post bulber duodenum normal idi. Nedbe dokusu ve antrumdan alınan endoskopik biopsilerin sonucu hafif aktivasyon gösteren kronik gastrit olarak geldi.

TARTIŞMA

Peptik ülser en sık 20-60 yaş arasında görülür. Duodenal ülserler mide ülserlerine göre 5-6 misli daha sıktır (3). Asidite çalışmalarında mide ülserli hastalarda normale göre biraz daha az düşük mide asiditesi tespit edilmiş olup ülserasyonun oluşumu mukozal direnç mekanizmasındaki bir azalmaya bağlanmaktadır.

Peptik ülserli hastaların %5-10'unda ilk belirti perforasyon olabilir. Her yıl için perforasyon riski %1'dir. Peptik ülser perforasyonuna bağlı mortalite %15 olup çoğunlukla gecikmiş tanı, ileri yaş ve yandaş hastalıklar yüzündendir. Perforasyon sonrası akut karın bulguları ortaya çıkar. Karında yaygın duyarlılık ve rigidite vardır (tahta karın). Perforasyon gastrik ülserlerde daha nadir görülüp buda çoğunlukla duodenum ön yüzünde prepiloric bölgede yerleşen ülserlerde görülür.

Mide ülserleri midenin herhangi bir yerinde oluşabilir. Büyük çoğunlukla küçük kurvaturda, antrum ve korpus mukoza birleşiminde 2 cm'lik bölgede bulunurlar. 2/3'ü incisura angularis'te yada bunun üzerinde ve yaklaşık %20'si bu bölgenin distalinde bulunur. Mide ülserlerinin %10'u bu bölgenin proximalinde, küçük kurvatur üst kısmında ve gastroözofageal bileşkeye yakın bulunurlar.

Mide ülserlerinin sadece %5'i büyük kurvatur yada yakınında bulunur. Büyük kurvature yerleşen ülserler çoğunlukla selimdirler. Midenin diğer bölgelerinde bulunan ülserler ile benzer oranda habaset riski taşırlar (1).

Bu olgu sunumundaki amacımız acil cerrahi uğraşan hekimlerin içi boş organ perforasyonu düşündükleri olgularda perforasyonun lokalizasyonunu araştırırken nadirde olsa mide arka yüzünde olabileceğini unutmamalarını vurgulamaktır.

KAYNAKLAR

1. Cameron JL. Current Surgical Therapy. Sixth edition, 2001; 77-78.
2. Principles of Surgery Schwartz, seventh edition, 1999;1192-1195.
3. Sayek <. Temel Cerrahi. Cilt 1, 3.baskı, Ankara, 1996; 1042.