

YÜKSEĞE YERLEŞMİŞ GASTRİK ULKUS PERFORASYONU OLGU BİLDİRİSİ

Doç. Dr. Osman Faruk ŞENYÜZ (*)
Dr. Suat TAYAN (**)
Dr. Cumali AYDOĞAN (***)
Dr. Armağan ÖZEL (****)
Dr. Mahmut GÜNEY (*****)

Perforasyon, peptik ulkusun erken tanı ve tedaviyi gerektiren major komplikasyonlarından biridir, perforasyona neden olan olaylar günümüzde hâlâ tam olarak açıklanamamaktadır. Gastrik ulkus perforasyonları, duodenal ulkus perforasyonlarına oranla daha az sayıda görülmektedir. Gastrik ulkusların büyük çoğunluğu antrumda incisura angularis civarında küçük bir alana yerleşmiştir. Nadiren de yükseğe, kardiaya yakın yerleşim gösteren gastrik ulkusa ve perfore oluşuna rastlanabilir (4, 5, 9).

Kliniğimizde müdahale edilen yükseğe, kardiaya yakın yerleşmiş bir gastrik ulkus perforasyonu olgusunu, nadir oluşu nedeni ile takdim etmeyi uygun gördük.

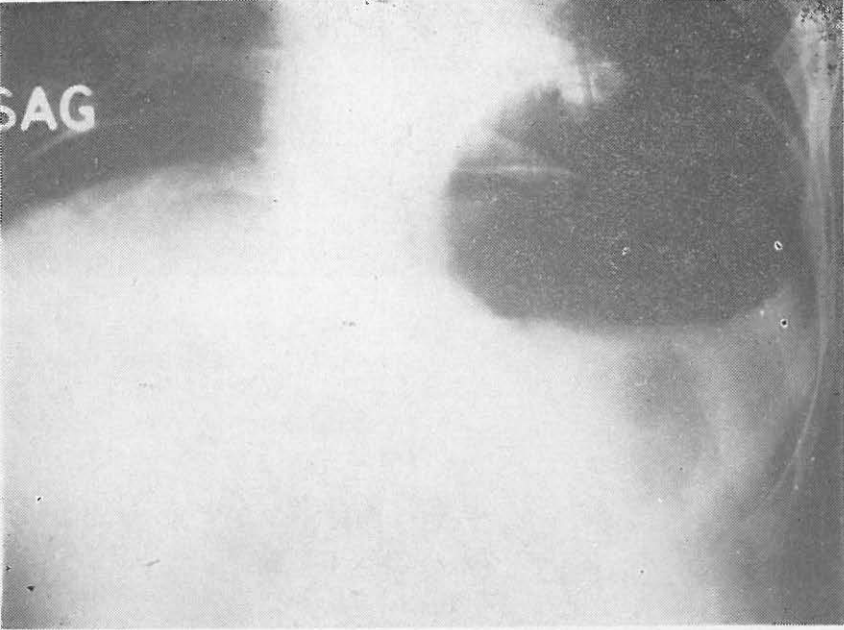
Şişli Etfal Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde 1984-85 periodunda, iki sene içerisinde 63 peptik ulkus perforasyonuna müdahale edilmiştir. 3 olgu gastrik ulkus perforasyonu olup ikisi antrum, biri kardiaya yakın küçük kurvatur üzerinde lokalizasyon göstermektedir.

Olgu : S.K. 20 yaşında, erkek, Prot. No : 23999.

Evvelce peptik ulkus yakınmaları nedeni ile 1,5 ay kadar tedavi gören hastada 25.11.1985 tarihinde epigastriumda aniden ortaya çıkan ağrı, kusma bitkinlik yakınmaları sonucu kliniğimize acilen mü-

-
- (*) Şişli Etfal Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniğinde görevli.
(**) Şişli Etfal Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Asistanı.
(***) Şişli Etfal Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Asistanı.
(****) Şişli Etfal Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Başasistanı.
(*****) Şişli Etfal Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Şefi.

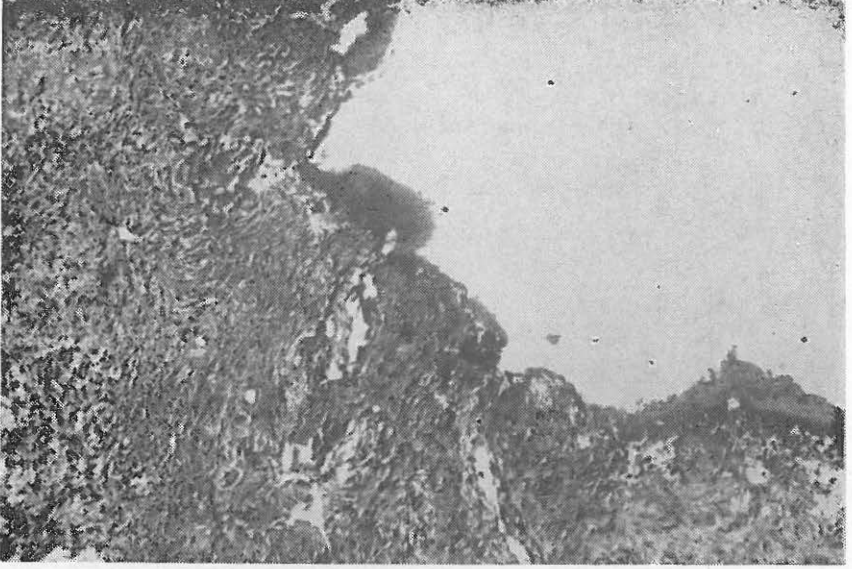
racaat etmiş olup, yapılan fizik muayenede karında defans müsküler, şiddetli hassasiyet, karaciğer matitesinin tamamen kaybolması, barsak seslerinin kaybı bulguları yanısıra çekilen ayakta direkt batin grafisinde (Şekil 1) intraperitoneal, her iki tarafta diafragma altına yerleşmiş —eğer bulgusu (Saddle Sign)— veren fazla miktarda hava saptanarak, preoperatif rutin laboratuvar tetkiklerini ve kısa süreli supportif tedaviyi takiben laparotomiye alındı.



Şekil — 1 Olgumuzun çekilen ayakta direkt batin grafisi.

Her iki diafragma altında serbest hava imajı görülmektedir.

Eksplorasyonda, mide önyüzde, kardiaya iki cm. uzaklıkta, geniş hiperemik ve endüre alanda yerleşmiş, yan yana arada bir bridge oluşturan (Dar köprü şeklinde tüm kat mide duvarı içeren), çapları 2 mm., iki adet perforasyon saptandı. Perforasyon görünümü malignite zemini düşündürmedi. Buna rağmen biopsi materyali de elde etmek için küçük alanda wedge rezeksiyon uygulandı. Mide ön yüz açıklığı çift kat kapatıldı. Materyalin histopatolojik incelenmesi sonucu cidar kanaması gösteren peptik ulkus perforasyonu olarak alındı (Şekil 2-3).



Şekil 2—3 Cidar kanaması gösteren perfore peptik ulkus.
(Olgumuzun histopatolojik tanısı)

Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta 9. gün taburcu edildi.

Tartışma :

Peptik ulkus perforasyonları içerisinde gastrik ulkus perforasyonları ayrı bir yer tutarlar. Bunlar, erkek-kadın oranı, yaş, etyoloji, görülme sıklığı, perforasyonun karakteristiği, laboratuvar bulguları, ameliyat seçimi, morbidite ve mortalite yönünden duodenal ulkus perforasyonlarına göre farklılıklar gösterirler.

Yüksekte yerleşen gastrik ulkus perforasyonları da nadir oluşları ile midenin diğer bölgelerine yerleşmiş ulkus perforasyonları arasında dikkati çekerler.

Erkek kadın arasında görülme oranı 2/1 iken (6), serimizde gastrik ulkus perforasyonu olgularının tümünü erkek hastalar oluşturmaktadır.

Yine klasik bilgilerimiz arasında, duodenal ulkus daha genç yaşlarda gastrik ulkusun ise 4. ve 5. dekadlarda görüldüğü bilinmektedir (3, 4, 6). Serimizde ise bu oranlar gastrik ulkus perforasyonunda ortalama 37 yaş olup en küçük 20, en büyük 53 yaşında ve literatürde bildirilen yaş gurubunun altındadır.

Gastrik ulkus perforasyonu, duodenal ulkus perforasyonuna göre 1/6 - 1/7 (6), 1/8,8 (3), 1/3 (4) sıklıkta görülmektedir. Bu farklılık belki de mide ile duodenum arasında sınır oluşturan Mayo veninin ödem ve adezyonlar nedeni ile tanınamaması sonucu ulkus perforasyonunun duodenal, plorik veya preplorik olarak değerlendirilmesindeki güçlütendir. Şayet operasyon sırasında inspeksiyon ve palpasyon ile perforasyonun lokalizasyonu ayırdedilemiyor ise sınıflama ve tedavi duodenal ulkus perforasyonları gibi değerlendirilmelidir (3). Bu prensibi benimsediğimizden muhtemelen serimizde duodenal ulkus perforasyonları oranı, gastrik ulkus perforasyonlarına göre daha fazla olmuştur.

Gastrik ulkus perforasyonlarının lokalizasyonunda ise, Hamilton Bailey'in 125 karma peptik ulkus perforasyonunda, 4 adet kardiaya yakın 36 adet antrumda incisura angularis civarında, 1 adet büyük kurvatur, 1 adet te mide arka yüzde perforasyon vardır (4). OI ve arkadaşları ise gastrik ulkusların çoğunun midenin % 5'lik proksimal antrum kısmında, incisura angularise yakın yerde yerleştiğini saptamışlardır. Bu yazarlara göre mide ülserleri mukoza değişim yerlerinde ve asit sekrete eden mukoza uzağında yerleşmişlerdir (9). 163 vakalık bir gastrik ulkus serisinde ise 33 pylor ve prepylorik, 112 va-

ka % 5'lik proksimal antral, 5 yüksek gastrik yerleşim, 13 büyük kurvatur yerleşim bildirilmiştir (1). Serimizde ise bu toplam 3 vaka olup ikisi antrum ön yüzde, biri de küçük kurvaturda kardiaya 2 cm. uzaklıkta saptanmışlardır. Çok az sayıda gastrik ulkus perforasyonu içeren serimizde de lokalizasyon olarak literatüre uygunluk görülmüştür.

Perforasyon karakteristiğine gelince, genellikle tek, etrafı endüre hiperemik perforasyondan bahsedilmekte fakat bizim takdim ettiğimiz yüксеğe yerleşimli gastrik ulkus perforasyonu olgusunda olduğu gibi yan yana perforasyonlardan da bahsedilmektedir (3).

Gastrik ulkus perforasyonunun tanısında, klinik ve laboratuvar muayenelerinde duodenal ulkus perforasyonundan farklılık genellikle yoktur. Yalnız kanaatimizce karaciğer matitesinin tamamen kaybolması, radyolojik muayenede her iki diafragma altında yaygın hava ile birlikte eğer bulgusunun da saptanması gastrik ulkus perforasyonu, özellikle de yüксеğe yerleşmiş gastrik ulkus perforasyonu lehine bulgulardandır.

Gastrik ulkus etyolojisini duodenal ulkus etyolojisinden değişik olarak ele alırlar. Gastrik ulkus oluşumunda, kronik gastritis, azalmış mukoza direnci, aspirin veya steroid gibi bazı ilaçların kullanımı, herediter faktörler (6), pylor disfonksiyonu, safra ve pankreas salgılarının reflüsü, gastrik mukozanın primer yaralanması ve asit peptik tahribe hazır hale gelmesi, asiditenin önemli olmadığı (9), vazoaktif aminler (2), sorumlu tutulmuşlardır. Son zamanlarda da Scholander' in diving refleksi (dalma refleksi) teorisi sebep olarak gösterilmiştir (7, 8).

Gastrik ulkusların midedeki lokalizasyonlarına göre de etyolojilerinde farklılıklar belirtilmiştir. Küçük kurvaturda yüksekte yerleşmiş gastrik ulkusta kronik gastritis ve bizim olgumuzda olduğu gibi kan gurubu A, preplorik veya duodenal ulkusta birlikte olanda hiperasidite, büyük kurvatura yerleşmiş gastrik ulkusta ise aspirin, steroidler, indometasin ve fenilbutazon gibi ilaçlar ile ilişki bulunmuştur (6).

Tip	Lokalizasyon	Etyolojik ilişki
I	Küçük kurvaturda (Yüksekte yerleşmiş)	Kronik gastritis, Kan gurubu A

II Preplorik veya duodenal ulkula beraber Hiperasidite
III Büyük kurvatur İlaç kullanımı Aspirin, steroid, indometasin, fenilbu- tazon.

Gastrik ulkus perforasyonu tedavisinde operasyon esnasında definitif girişim yapılmalı mı?

Bizce Theodore Kocher'in sözleri burada da geçerli. —Lüzumlu olan herşey yapılmalı, lüzumsuz olan hiç bir şey yapılmamalı— (4). Kronik ulkulu hastaların uzun bir süre semptomsuz devre geçirdikleri anlaşılmıştır. Randomize olarak perfore olmuş vakaların % 60'ında zamanla semptomlarda ortaya çıkış mevcuttur. Bu demektir ki eğer definitif ameliyat tüm olgulara uygulanırsa % 40 da lüzumsuz yere yapılmış olacaktır (4). Şu halde gastrik ulkus perforasyonlarında seçilecek yöntemler, direkt sütür, parsiyel gastrektomi, wedge eksizyon ve sütür olarak ayrılabilir (3, 4, 5, 9).

Tamir sırasında bazı yazarlara göre gastroskopi olanakları nedeni ile biopsi almaya gerek yoktur (4). Biz yüksekte yerleşmiş gastrik ulkus perforasyonu olgumuzda, hastaya başka müdahale gereğini ortadan kaldırmak ve kolaylıkla uygulanabilecek bir işlem olması dolayısıyla da operasyon sırasında wedge rezeksiyon ve parçanın histopatolojik tetkikini uyguladık.

Peptik ulkus perforasyonunda mortalite, peritonit, sistemik komplikasyonlar, ülserle ait hemoraji, lokalize abse gibi sebeblere bağlıdır (4). Mamafih hastaneye ilk 12 saat içerisinde ulaşabilen hastalarda % 2-3 olarak bildirilmektedir (4). Gastrik ulkus perforasyonunda mortalite, duodenal ulkus perforasyonuna göre daha yüksektir. Serimizde ise tüm olgular göz önüne alındığında mortalite % 4,7'dir. Hepsisi de 60 yaşın üzerinde duodenal ulkus perforasyonlu ve ilave sistemik hastalıklı kişilerdir. Bu hastalarda erken tanı ilave sistemik hastalıklara karşı yeterli tedbirler alınması morbidite ve mortaliteye etki eden faktörlerdir (3, 4, 9). Operasyon seçiminin acil cerrahi girişimde morbidite ve mortalite üzerine etkisi olmadığı bildirilmiş ise de (5) bizce hastayı kısa süreli anesteziye tabi tutmak ve basit metotla tedavisini uygulamak en iyi yöntem olarak görülmektedir.

Özet :

Gastrik ulkus perforasyonları, duodenal ulkus perforasyonlarına göre daha az sayıda görülürler. Kardias civarına yerleşmiş yüksek lokalizasyonlu ulkuslar da gastrik ulkuslar içerisinde nadir görülürlerdir.

Etyolojileri ve görülme yaşı duodenal ulkuslara göre farklılıklar taşır. Direkt karın grafisinde serbest havanın iki taraflı diafragma altına lokalizasyonu gastrik ulkus perforasyonundan şüphe ettirmektedir. Morbidite ve mortaliteye etki eden faktörler erken müdahale ve hastada mevcut ilave sistemik hastalıklardır. Tedavide wedge rezeksiyon ve sütür, alınan materyalin histopatolojik tetkiki ve peritoneal boşluğun drenajı yeterlidir.

Summary

Perforation is one of the major complications of peptic ulcer disease. There are still many features of the genesis and natural history of perforated ulcer that are incompletely understood.

There are many differences between and duodenal ulceration. Some important features such as, sex, age, familial factors, epidemiology environment, gastric secretory activity and response to treatment separate duodenal ulceration from high-lying gastric ulcers. Most chronic gastric ulcers appear in antral mucosa, and less than this, some appear near the cardia in the lesser curvature.

The roentgen appearance, with little or no air in the stomach but massive accumulation of intraperitoneal air driving up the diaphragm produces 'Saddle' sign, suggestive but not diagnostic of perforation of the stomach.

Wedge resection and to obtain some tissue for biopsy and closure of the perforation are sufficient for surgical treatment.

Because of this rare localization one case of high-lying gastric ulcer perforation is reported.

LİTERATÜR

1. ADKINS, R.B., DELOZIER, J.B., SCOTT, H.W. ve ark : The management of gastric ulcers. Ann Surg. No. 6 741-751, 1985.
2. BALIBREA, J.L., MERCHAN, J., GOMEZ, J. ve ark : Restraint-Induced Stress Ulcer. 11. Biochemical and Ultrastructural Studies of Gastric Mucosa. World J. Surg. 4, 91-103, 1980.

3. CHALSTREY, J. : Acute Perforated Peptic Ulcers. MAINGOT, R. : Abdominal Operations. Vol. I., 7th Edition, Appleton-Century-Crofts, Inc. New York 1980 S : 431.
4. DUDLEY, H.A. : Perforated Peptic Ulcer. BAILEY, H. : Emergency Surgery. Tenth Edition. Bristol John Wright and Sons LTD, 1977, S : 389.
5. FELICIANO, D.V., BITONDO, C.G., BURCH, J.M. ve ark. : Emergency Management of Perforated Peptic Ulcers in the Elderly Patient, Am. J. Surg. Vol. 148 : 764-767, 1984.
6. MENGUY, R. : Gastric Ulcerations. SCHWARTZ, S.I., LILLEHEI, R.C., SHIRES G.T. ve ark. : Principles of Surgery. Second Edition, Gc Graw-Hill Book company. New York, St. Louis, 1974, S : 1069.
7. ROSSER, S.B., CLARK, C.H., ELECHI, E.N. : Spontaneous Neonatal Gastric Perforation. J. Pediatr. Surg. No : 4 : 390-394, 1982.
8. SIEBER, W.K. : The Stomach. Gastric Perforation in the newborn. HOLDER, T.M., ASHCRAFT, K.W. : Pediatric Surgery. W.B. Saunders Company. Philadelphia-London, 1980, S : 322.
9. THOMPSON, J.C. : Gastric Ulcer. DAVIS CHRISTOPHER. : Textbook of Surgery 11th Edition. W.B. Saunders Company. Philadelphia-London, 1977, S : 909.