ULUSAL TRAVMA DERGİSİ

TURKISH JOURNAL OF TRAUMA & EMERGENCY SURGERY

Volüm 1 Sayı 2

DUODENAL ÜLSER PERFORASYONU OLGULARINDA CERRAHİ TEDAVİ

SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCER

Dr.Acar AREN Dr.Bayram KAYA Dr.Semra GÜNAY Dr.Hakan EVRÜKE Dr.Akif FEYİZOĞLU Dr.Kazım SARI*

***ÖZET:** Bu çalışmada 5 yıllık bir dönemde (1990-1995) SSK Okmeydanı Hastanesinde opere edilen 303 duodenal ülser perforasyonu olgusu klinik bulguları ve cerrahi tedavileri açısından incelenmiştir. Elektif ameliyatların yıllar içerisinde daha az yapılmaya başlandığı saptanmıştır. H2 reseptör blokeri ve hidrojen proton pompa inhibitörleri gibi etkili ilaçların kullanılması duodenal ülser perforasyonu sonrası primer kapama yönteminin cerrahlar tarafından daha sık kullanılmasına neden olacaktır.*

***SUMMARY:** In this study, clinical and surgical treatment of 303 cases of perforated duodenal ulcer were evaluated during a period of 5 years (1990-1995). As a result, we can state that surgeons less often prefer acid-decreasing surgical procedures in the surgical treatment of patients after closure of perforated duodenal ulcer. The effect of H2 antagonists and proton inhibitors may explain why mostly simple closure for perforated duodenal ulcers is preferred by the surgeons.*

H2 reseptör antogonistlerinin ve daha sonrada hidrojen proton pompa inhibitörlerinin ortaya çıkması ile elektif ameliyatlarının sayısında düşüş olmuştur. Ancak ülser komplikasyonlarına bağlı ameliyatlarda buna paralel bir düşüş olmamıştır. Laparoskopik primer kapama yönteminin geliştirilmesi ile, ülser perforasyonunun cerrahi tedavisi son yıllarda yeniden tartışma konusu yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmamızda SSK Okmeydanı Hastanesinde 5 yıllık bir dönemde yapılan duodenal ülser perforasyonlu olgularında yapılan girişimler açısından retrospektif olarak değerlendirilmiş ve son yıllardaki bu konu ile ilgili literatürler ışığında tartışılmıştır.

MATERYEL-METOD

1990-1995 yılları içinde SSK Okmeydanı Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde duodenal ülser perforasyonu ile başvuran ve opere edilen hastalar yaş, cinsiyet, postop yatış süresi, yapılan cerrahi girişim ve mortalite açısından incelenmiştir.

SSK Okmeydanı Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Yazışma Adresi: Dr.Acar AREN

SSK Okmeydanı Hastanesi Genel Cerahi Kliniği

BULGULAR

1990-1995 yılları arasında SSK Okmeydanı Hastanesinde acil servise başvuran 303 peptik ülser perforasyonu olgusu bu çalışma kapsamına alındı. Olguların en küçüğü 18, en büyüğü 70 yaşında olup yaş ortalamaları 36 olarak saptandı. 1990 yılında 31.4 olan yaş ortalaması, 1994'de 39'a çıkmıştır. 25 olgu kadın idi(%8.3). Yıllara göre kadın oranı %5-7 arasında değişirken, 1993'de bu oran %21'e kadar çıkmıştır. Olgularımızın aylara göre dağılımı ise grafik-I'de gösterilmektedir.

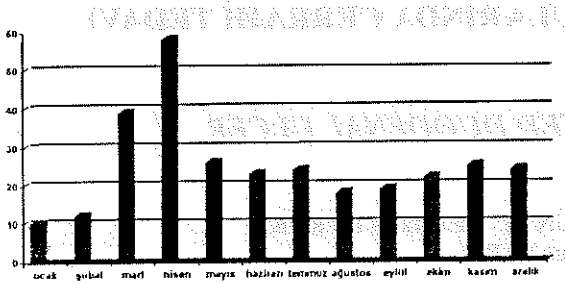
En çok duodenal ülser perforasyonunun nisan ayında opere edildiği belirlendi.

Olgularımızın yıllara göre dağılımı grafik-II'de gösterilmektedir. Her yıl opere edilen olgu sayısı azalmaktadır. Ameliyat olarak duodenorafi ve elektif ameliyat oranları karşılaştırıldığında 256 duodenorafi olgusuna karşılık 47 elektif cerrahi olgusu mevcuttur. Bu 47 olgunun 34'üne BTV + piloroplasti, 6'sına duodenorafi ve PGV, 4'üne duodenorafi BTV+Gastroenterostomi yapılmıştır.

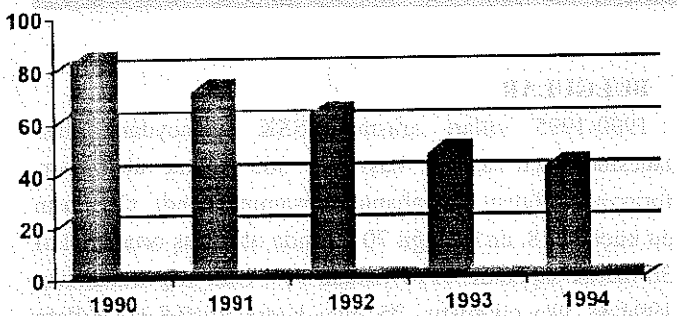
Grafik-III'de gösterildiği gibi 1990 yılında elektif cerrahi uygulama oranları %17.0, 1991'de %17.1, 1993'de %22.6'ya kadar çıkmış ancak, 1993'de %10.9 ve 1994'de ise %4.7 olarak belirlenmiştir.

Olgularımız en az 4 en çok 17 ortalama 6 gün hastanede yatmışlar. Mortalite ise %0,99 (3 olgu)dur.

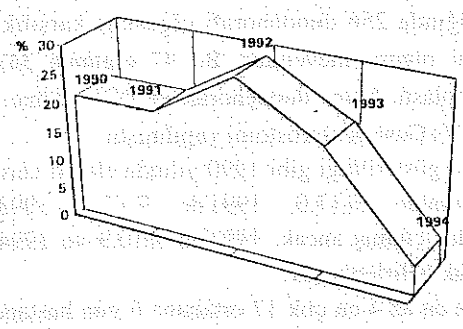
Şekil-I: Olguların aylara göre dağılımı



Şekil-II: Yıllara göre olgu sayısı



Şekil-III: Elektif cerrahi oranları



TARTIŞMA

H2 blokeri ve hidrojen proton inhibitörlerinin ülser tedavisine girmesinden sonra elektif cerrahi endikasyonları oldukça azalmıştır. Nitekim kliniğimizde de ülser ameliyatları sadece acil ve komplike olgularla sınırlı kalmaktadır. Diğer yandan perforasyon ve kanama gibi akut komplikasyonlarda hemen hemen değişiklik olmamıştır. Perfore ülser tedavisinde tedavi tartışmaları henüz tam bir sonuca ulaşmış değildir. Primer kapama sonunda H2 reseptör antagonistlerinin verildiği 46 olguluk bir seride bu tedavinin emniyetli ve etkili olduğu bildirilmiştir(1,2,3,4).

Primer kapama sonunda ülser nüksü önemli bir problem olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle ameliyat seçiminde bu durumu dikkatlice irdelemek gerekir. 152 perfore ülser nedeniyle 10 yıl içinde opere olan hastalar incelenmiş. Sonuç olarak semptomatik rekürens (Visick sınıflamasına göre) %23.1, endoskopik rekürrens ise %42.2 olarak saptanmıştır. Ülser rekürensi yaşa, perforasyon semptomlarının süresine ve perforasyonun büyüklüğü ile ilişkili olmayıp, ameliyat bulgularında kronik olduğunun saptanması ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Yine de 35 olgudan 7'sinde yapılma olasılığı mevcuttur. Endoskopik rekürens de ameliyat bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Visick sınıflaması yanlış pozitif ve negatif bulguları ile güvenilir değildir. Ameliyatta kronik ülser bulgularının olması, primer kapamadan sonra rekkürensin görüleceğini işaret etmektedir.

Perioperatif şoku olmayan, eşlik eden hastalığı bulunmayan, 12 saatten önce müdahale edilen, APACHE II skoru 11'in altında olan hastalarda primer kapama vagotomi veya gastrektomi mortalite ve morbiditesine etkisi minimaldir.

33 hastaya vagotomi (%51), 25 hastaya primer kapama (%39), 7 hastaya gastrektomi (%11) uygulanan bir olgu serisinde 5 komplikasyon olmuş. 1 olgu pulmoner sepsisten kaybedilmiştir. Vagotominin diğer iki gruba göre daha iyi sonuç vermesine karşın, genel tanı olarak ameliyat türünün seçimi hasta için bir risk getirmemektedir. Primer sütür, vagotomiye göre daha kötü sonuçlar göstermekte, üstelik altta yatan hastalığı da tedavi etmemektedir (4).

Perfore ülserlerde yaşlılarda mortalite ve morbidite genelde yüksektir. 73 olguluk bir seride 44 genç, 29 yaşlı (65 yaş üstü) olgu karşılaştırılmıştır. Teşhis öncesi ağrı süresinde (8.2 saat vs 16.4 saat) anlamlı fark bulunamamıştır, %41.4'ünde epigastriumda ağrı lokalize değilmiş ve %55.2 olguda ülser anamnezi saptanmamış. %33.3 olguda ise ADBG'inde serbest hava saptanmamış. çok yaşlı grupta %20.7, genç grupta %2.3 oranında rast-

lanmış (p<0.05), comorbit faktörler yaşlılarda %65.5, gençlerde %115.9 oranında saptanmış (p<0.001). Yara enfeksiyonunun komplikasyonların başlıca bölümü teşkil ettiği morbidite yaşlı grupta %89.6 oranda, genç grupta ise %27.2 olarak saptanmış (p<0.001). Mortalite yaşlı grupta %17.2, genç yaşta %2.3 olarak belirtilmiş (p<0.05) (6). Bizim olgularımız çeşitli kliniklerin olguları olması nedeniyle morbidite konusunda sağlıklı bir bilgi saptayamadık. Ancak mortalite 3 olguda izlendi. Bu olgulardan birine ayrıca kolesistektomi yapılmıştı.

Olgularımızın yaş ortalaması dış kaynaklı çalışmalara göre de oldukça düşüktür. Bu serilerde yaş ortalamaları 45'den, 65'e yükselirken, serimizde 5 yılda 31.4'ten 39'a yükselmiştir. Serimizde mortalitenin düşük olması da bu olguların genç olmasına bağlanabilir.

Prospektif olarak yapılan bir araştırmada ülser perforasyonu sonucu periton kirliliğinin zaman ile olan ilgisi araştırılmıştır. Gram pozitif koklara %47, gram negatif çomaklar %33 sıklıkta rastlanmıştır. 48 saate kadar bakteri üreme zamanı arasında istatistiksel anlam bulunmamıştır. Cerrah tarafından değerlendirilen ağır peritoneal kirlilik büyük bakteriyel kontaminasyonu yansıtmaktadır. Bu bulgu da bize batın kirliliğinin neden elektif cerrahi için bir kontraendikasyon teşkil etmemesi gerektiğini konusunda önemli açıklama getirmektedir(5).

Pilorik ve prepilorik ülser perforasyonlarında duodenorafi genellikle daha az tercih edilmelidir. 63 pilorik ve prepilorik ülser perforasyon olgusuna, 8 duodenorafi, 14 trunkal vagotomi ve ülser eksizyonu, piloroplasti, 6 selektif vagotomi ve antrektomi, 3 vagotomi piloroplasti, 22 anterior seromiyotomi, posterior trunkal veya selektif vagotomi, ülser eksizyonu ve transvers piloplasti uygulanmıştır(3).

Eğer kronik duodenal ülser olgusu perfore olursa, ameliyat seçimi hastanın genel durumuna göre olmalıdır. Preoperatif şok, eşlik eden hastalık mevcudiyeti, jeneralize peritonit, intraabdominal abse olması definitif ameliyat için kontrendikedir.

Omeprazol ile erken dönemde tedavi edildikten sonra, uzun dönem H2 reseptör blokeri ile takip edilebilirler. Kontraendikasyonu olmayan hastalara ise primer kapama ve proksimal gastrik vagotomi yapılmalıdır. Bu durum elektif olgular gibi emindir ve ehil ellerde rekürrens düşüktür. Kissing ülseri olanlarda vagotomi piloroplasti tercih edilmelidir. Boey ve arkadaşları 3 yıllık kümülatif rekürensi primer kapama için %31-37 vermektedirler. Jordan bu nedenle tüm perforasyon olgularına primer kapama ve proksimal vagotomi önermektedir. Mortalitesi %0-1, rekürrens %3-5 ve adheziv komplikasyon %0 olarak vermiştir. Bu operasyon ülser hastalığını önleyeceği gibi, definitif ameliyattan yararlanamayanlar için de yan etkiler taşımamaktadır. Boey ve Wong ilaç alımı ve akut stresten oluşan perforasyonlarda omental peç ile primer kapama önermektedir (6,7).

Bizim de servisimizde uyguladığımız 6 olguluk duodenorafi ve proksimal gastrik vagotomi serisinde erken sonuçlar oldukça tatminkardır.

Laparoskopik cerrahinin ülser perforasyonu tedavisinde etkili olduğu konusunda son yıllarda bildiriler mevcuttur. 6 olguluk bir seride bu yöntemin etikili ve emniyetli olduğu vurgulanmıştır (8).

Duodenal ülser perforasyon cerrahisinde cerrahların primer kapamayı tercih etmelerinde kanımca birden fazla faktör rol oynamaktadır. Primer kapama oldukça kısa süren bir ameliyattır. Yoğun acil nöbet esnasında fiziki şartlar 2-3 saat sürecek bir ameliyat için pek uygun değildir. Hele son zamanlarda primer kapama sonrası tıbbi tedavinin iyi sonuçlar verdiği konusu gündeme geldiği için cerrahlar biraz da işin kolayını tercih etmektedir.

SONUÇ

Duodenal ülser perforasyonundaki cerrahi tedavi primer hastalığa yönelik olmalıdır.

Bu durum özellikle kronik ülser anamnezi veren ve daha önce ilaç kullananlar için daha da önem kazanmaktadır. Zira rekürrens oranları hiç de küçümsenmeyecek boyuttadır. Kontraendikasyonu olmayanlarda seçilmesi gereken ameliyat şekli primer kapama ve proksimal gastrik vagotomi olmalıdır. Laparoskopik primer kapama yeni bir alternatif olarak sunulmaktadır. Bu çalışmada, hastanemizde cerrahların artan bir şekilde primer kapamaya yöneldikleri saptandı. Bunun sebebinin de acil nöbetin fizik şartlarına ve çok etkili tıbbi ülser tedavisine güvenin olduğu kanısına vardık.

KAYNAKLAR

1. *Ananthakrishnan, N., Angami, K.: Is ulcer recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer predicttable?, Indian J. Gastroentrol, 12: 80-82, 1993.*
2. *Darzi, A., Carey, P.D., Menzies, N., et al.: Preliminary results of laparoscopic repair of perforated ulcers. Surg. Laparosc. Endosc. 3: 161-163, 1993.*
3. *Du-Plessis P.J., Bauling, P.C., Mieny, C.J.: Should the degre of peritoneal soiling and duration of perforation influence*

surgical strategy in perforated peptic ulcer, S. Afr. J. Surg, 31: 129-131, 1993.

4. *Feliciano, D.V.: Do perforated ulcers need an acid-decreasing surgical procedure now that omeprazol is available, Surg. Clin. North Am., 72: 369-380, 1992.*
5. *Koh, K.B., Chang, K.W.: Effect of H2 antagonists on outcome of simple cloure for perforated duodenal ulcer, Sungapore Med. J., 33: 472-473, 1992.*
6. *Kum, C.K., Chong Y.S., Koo C.C., et al: Elderly patients with perforated peptic ulcers: factors affecting morbidity and mortality, J.R. Coll. Surg. Edinb., 38: 344-347, 1993.*
7. *Petrov, V., I., Naumo B.A.,Lutsevich O.E., Kotaev., A.I., Belouglov, S.M., Perforated pyloric and prepyloric ulcers, Khirurgiia-Mosk., 3: 8-12, 1994.*
8. *Rizoli, S.B., Neto, A.C., Diorio, A.C., et al: Risk of complications according to the surgical technique employed. Am. Surg., 59: 312-314, 1993.*