

DUODENUM ÜLSER PERFORASYONLARINDA ACİL RADİKAL OPERASYONLAR

(Prospektif kontrollü bir çalışma)

Şadan Eraslan*

Kamil İmamoğlu*

Hasan Acar**

Duodenum ülser perforasyonlarında mortalite oranları, erken tanı ve tedavi olanaklarının giderek ilerlemesi nedeniyle oldukça düşük seviyelere indirilebilmiştir. Buna rağmen morbidite ve mortalite oranları değişik yazarların ifadelerine göre oldukça büyük farklılıklar göstermektedir (4,16).

Özellikle Taylor tarafından savunulan duodenum ülser perforasyonlarında konservatif tedavi yöntemi, birçok yazarın ortak görüşüne göre ancak sınırlı ve az sayıda hasta grubunda uygulanabilir (17).

Bugün duodenum ülser perforasyonlarında, primer sütür ve omentoplasti yöntemi ile tedavi, birçok klinikte uygulanmaktadır (1, 11,14). Fakat bu olgularda yeniden perforasyon görülme oranının oldukça yüksek olması, uygun vak'alarda derhal radikal ülser ameliyatlarının yapılması fikrini doğurmuştur (5,18). Daha sonraki yıllarda yapılan birçok prospektif ve retrospektif çalışmalarda, duodenum ülser perforasyonlarında uygulanan tedavi yöntemlerinin iyi ve kötü yönleri ayrıntıları ile tartışılmıştır.

Biz çalışmamızda, bazı risk faktörlerini taşımayan uygun olgularda, kontrollü ve rastgele olarak primer sütür ve omentoplasti yapılan olgularla, primer sütür, omentoplasti, trunkal vagotomi ve gastroenterostomi yapılan hastaları, erken ve geç komplikasyon oranları ve mortalite oranları yönünden karşılaştırdık.

* A.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** A.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

HASTALAR VE YÖNTEM

Ocak 1983 ve Mart 1985 yılları arasında duodenum ülser perforasyonu nedeni ile kliniğimize baş vuran ve aşağıda belirtilen risk faktörlerini taşımayan 54 olgu değerlendirildi.

Risk faktörlerimiz :

- 1 — 60 yaşın üstünde bulunan olgular.
- 2 — Ağır yandaş hastalığın bulunması (kardiorespiratuvar, renal veya hepatik yetmezlik, şiddetli diabet, ileri dönemde kanser gibi).
- 3 — Hastanın şokta bulunması.
- 4 — Perforasyon süresinin 48 saati aşmış bulunması.
- 5 — Daha önce ülser ameliyatı geçirilmesi.

Ayrıca akut ülser bulunan olgularda çalışmaya dahil edilmemiştir.

Olgularımızın hepsi erkektir. Yaş ortalaması 34.2, en genç olgu 15, en yaşlı olgu 59 yaşındadır.

Belirtilen risk faktörlerini taşımayan, duodenum ülser perforasyonu tanısı konulan olgular kliniğe müracaat ettiklerinde, daha önceden hazırlanmış bulunan ve içerisinde eşit sayıda primer sütür, omentoplasti (PS-O) ve primer sütür, omentoplasti, trunkal vagotomi, gastroenterostomi (PS-O-TV-GE) yazılı bulunan zarflardan birisi çekilerek, hangi tedavi yöntemi yazılı ise, hastaya o ameliyat uygulanmıştır. Karın içerisinde abseler bulunan, akut ülseri olan (ülser skatrisi bulunmayan) hastalara sadece PS-O uygulanmış ve bu olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Operasyon bittikten sonra bütün olgularda karın içerisi 4 litre ılık serum fizyolojikle yıkanmış ve 4 gr/gün dozda parenteral olarak Keflin başlanmıştır. Hiçbir olguda dren kullanılmamıştır.

Hastalar klinikten taburcu edildikten sonra klinik, endoskopik ve laboratuvar yöntemlerle değerlendirilmiştir. Operasyondan sonra 3 ay ve 6 ay aralıklarla hastalara mektup gönderilerek standart olarak hazırlanan anket soruları gönderilmiş ve kontrole çağırılmışlardır. Sonuçlar modifiye Visick sınıflamasına göre klinik olarak değerlendirilmiştir :

- I. Grup : Hiçbir şikayeti bulunmayan hastalar.
 II. Grup : Hafif şikayetleri bulunan hastalar.
 III. Grup : Orta derecede şikayetleri bulunan ve ilaçla belirtilerin ortadan kaldırılabildiği olgular.
 IV. Grup : İleri derecede şikayetleri bulunan ve reoperasyon gerektiren hastalar.

SONUÇLAR

Olgularımızda tesbit edilen klinik bulgular (Tablo - 1) de gösterilmiştir.

Tablo - 1. Olgularımızda görülen klinik bulgular.

Bulgu	Olgu S.	(%)
Ağrı	54	100
Musküler defans	54	100
Hassasiyet	54	100
Kusma	28	51.8
Hematemez	1	1.8
Melena	1	1.8

Olguların hepsinde intratracheal genel anestezi yapılmış ve göbek üstü median kesi kullanılmıştır. Bütün olgularda karın kesisi primer olarak kapatılmıştır.

Hastalarımızda preoperatif olarak çekilen ayakta direkt batın grafilerinde tespit edilen bulgular (Tablo - 2) de gösterilmiştir.

Tablo - 2. Olgularımızda ayakta direk batın grafisi sonuçları.

Diafragma altı hava	Olgu S.
Sağda	37
Solda	2
Her iki tarafta	3
Yok	12
Toplam	54

Hastalarımızda kliniğimizde yattıkları sürece ortaya çıkan erken komplikasyonlar (Tablo - 3) de gösterilmiştir.

Tablo - 3. Hastalarımızda ortaya çıkan erken komplikasyonlar.

Erken Komplikasyonlar	PS-O		PS-O-TV-GE	
	Olgu S.	%	Olgu S.	%
Akciğer	4	16.6	7	23.3
Kardiak	1	4.1	—	—
Renal	—	—	—	—
Kesi enfeksiyonu	3	12.5	2	6.6
Kanama	—	—	—	—
Toplam	8	33.3	9	30.0

Hastalarımızda oral diyeteye geçiş süresi ortalama olarak 3 gündür. Hastanede yatış süresi ortalaması 7 gün olarak tespit edilmiştir. Bu parametrelerde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Her iki grupta bulunan hastaların modifiye Visick sınıflamasına göre buldukları dereceler (Tablo - 4) de gösterilmiştir.

Tablo - 4. Operasyondan sonraki aoluların Visick sınıflamasına göre derecelendirilmesi.

Olgular	Visick Sınıflaması				İyi ve Çok İyi			
	I	II	III	IV	Sonuçlar (Visick I-II)			
PS-O	6	6	8	4	12	% 50	x ² tesii	
PS-O-TV-GE	26	3	1	—	29	% 56	p<0.01	

PS-O yapılan hastalardan birinde operasyondan 9 ay sonra yeniden perforasyon görüldü. Bu olguda ikinci ameliyatta primer sütür, omentoplastiye, trunkal vagotomi ve gastroenterostomi eklendi.

PS-O yapılan hastalardan birisi operasyondan 4 gün sonra myokard enfarktüs nedeniyle eksitus olmuştur. Toplam mortalite oranı % 1.8 dir.

Operasyondan 3-12 ay sonra 17 olguda gastroskopi yapılmıştır. PS-O yapılan 4 hastada ülserin iyileşmediği, PS-O-TV-GE yapılan 13 hastada ise ülserin iyileştiği tespit edildi. Gastroskopi yapılan, gastroenterostomili hastaların 10 unda gastroskopide safra reflüsü tespit edildi.

PS-O-TV-GE yapılan hastalardan 7 sinde Hollander testi yapıldı. Bunlardan Visick sınıflamasında III dereceye giren bir hastada sonuç pozitif, diğer 6 sında ise negatif bulundu.

TARTIŞMA

Duodenum ülser perforasyonlarında PS-O yapılan hastalarda operasyondan sonra uygulanan medikal ülser tedavisine rağmen yeniden perforasyon görülen olgu sayısı oldukça fazladır. Yukarıda belirtilen risk faktörlerini taşımayan hastalarda, perforasyonun primer sütür ve omentoplasti ile onarımına ek olarak ülser ameliyatlarının yapılması, birçok cerrah tarafından uygun bir düşünce olarak kabul edilmekte ve uygulanmaktadır (8,9,13).

Duodenum ülser perforasyonlarında uygun koşullarda PS-O ye ek olarak, TV-GE, TV-pyloroplasti veya yüksek selektif vagotomi yapılabilir (6,7,10,12). Ayrıca bazı yazarlar rezeksiyon yapılmasını önermektedirler (15,18). Biz çalışmamızda, hastalarda ülser ameliyatı olarak sadece TV-GE uyguladık. Bütün duodenum ülser perforasyonu olgularında PS-O yöntemi ile tedaviyi uygulama yanlısı olan yazarlar, bu olgularda radikal ülser tedavisinin daha sonra yapılması taraflıdır. Böylece operasyon süresinin kısalmış, yapılacak ek müdahalenin getirebileceği komplikasyonların ortaya çıkmasının önlenerek, morbidite ve mortalite oranlarının düşük olmasının sağlanabileceğini öne sürmektedirler (1,11,14). Şimdiye kadar yapılan birçok çalışmada, duodenum ülser perforasyonlarında bazı risk faktörlerini taşımayan olgularda PS-O ye ek olarak yapılan ülser ameliyatlarının operasyonun morbidite ve mortalitesini artırmadığı, ayrıca hastanede yatış süresi ve oral gıdaya geçiş sürelerini etkilemediği gösterilmiştir (2,3,16). Bizim olgularımızda da bu süreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Postoperatif dönemde ortaya çıkan erken komplikasyon oranları arasında da her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

Duodenum ülser perforasyonlarında radikal ülser ameliyatlarının yapılabilmesi için, belirtilen risk faktörlerinin çok iyi değerlendirilmesi gereklidir. Bazı yazarların yaş sınırı olarak 70 yaşı kabul etmelerine rağmen (2) biz ülkemizin koşullarını göz önüne alarak bu sınırı 60 olarak tespit ettik. Bunun dışında operasyon anında karın içerisinde artık abselerin tespit edildiği olgularda da perforasyon süre-

si ne olursa olsun, PS-O uyguladık. (Tablo - 4) de görüldüğü gibi, radikal ülser ameliyatlarının uygulandığı olgularda, sadece PS-O uygulanan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede iyi sonuçlar alınmıştır. Operasyon süresinin yaklaşık olarak yarım saat kadar uzamasına karşılık, morbidite oranlarında değişiklik saptanamamıştır. Ayrıca PS-O yapılan olgulardan birinde ilk operasyondan 9 ay kadar sonra yeniden perforasyon görülmüş ve bu hastaya ikinci operasyonda PS-O ye ek olarak TV-GE yapılmıştır. Boey ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, duodenum ülser perforasyonlarında PS-O yapılan olgularda % 36.7, TV-drenaj yapılan olgularda % 88.2, yüksek selektif vagotomi yapılanlarda ise % 96.2 oranında ülserin iyileştiği, bütün olgularda endoskopik olarak gösterilmiştir (2).

Duodenum ülser perforasyonlarında radikal ülser ameliyatı olarak başlangıçta en sık uygulanan ameliyat mide rezeksiyonlarıydı. Gastrektominin mortalite ve morbiditesinin özellikle acil koşullarda yüksek olması nedeniyle, bu yöntem giderek terkedilmiştir. TV-drenaj ve yüksek selektif vagotomi ameliyatları daha sık uygulanmaya başlanmıştır. Bazı yazarların yaptıkları çalışmalara göre, duodenum ülser perforasyonlarında uygulanan acil proksimal gastrik vagotomi lerde nüks oranları daha yüksek bulunmasına rağmen, diğer birçok yazar bu ameliyatın uygulandığı olgularda Visick I sınıfına giren hasta sayısının diğerlerine göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (10,12). Elektif koşullarda bu iki cins ameliyatta görülen nüks oranları genellikle aynı ise de, yüksek selektif vagotomi yapılan olgularda sıklıkla komplikasyon oranları daha düşüktür. Bizim radikal ülser ameliyatı uyguladığımız 30 olgunun sadece birinde muhtemelen yetersiz vagotomiye bağlı olarak nüks görülmüştür (% 3.3).

Sonuç olarak şunu söyleyebilirizki, uygun koşullar altında duodenum ülser perforasyonlarında PS-O ye ek olarak, TV-GE yapılması, erken morbiditeyi etkilemediği gibi geç morbiditeyi azaltır.

ÖZET

60 yaşın altında, daha önceden duodenum ülser perforasyonu geçirmemiş, ağır yandaş hastalığı bulunmayan, şokda olmayan ve perforasyon süresi 48 saati aşmamış 54 duodenum ülser perforasyonu olgusunda, rastgele kapalı zarf yöntemi ile primer sütür, omentoplasti ameliyatları yapılmıştır.

Olguların hepsi erkek, yaş ortalaması 34.2, en genç olgu 15, en yaşlı olgu 59 yaşındadır.

Her iki grup arasında erken morbidite açısından fark bulunmamıştır. Primer sütür, omentoplasti yapılan grupta olguların % 50 sinde, primer sütür, omentoplasti, trunkal vagotomi, gastroenterostomi yapılan olguların % 96 sinde iyi ve çok iyi (Visick I-II) sonuçlar alınmıştır.

Uygun koşullarda duodenum ülser perforasyonlarında primer sütür, omentoplasti, trunkal vagotomi, gastroenterostomi yapılması, emin ve güvenilir bir yöntemdir.

SUMMARY

Definitive Surgery For Perforated Duodenal Ulcers

A prospective, randomized trial was conducted in 54 goodrisk patients who have perforations in chronic duodenal ulcers.

These patients were randomized to undergo simple closure omentoplasty (24) or simple closure, omentoplasty, truncal vagotomy, gastroenterostomy (30).

One hospital deaths (% 1.8) resulted from myocardial infarction.

Early morbidity rates between simple closure, omentoplasty and simple closure, omentoplasty, truncal vagotomy, gastroenterostomy were not significantly different. Good and excellent results (Visick I-II) were achieved in 50 per cent of simple closure, omentoplasty group compared with 96 per cent of simple closure, omentoplasty, truncal vagotomy, gastroenterostomy group.

We conclude that emergency truncal vagotomy and gastroenterostomy procedures are safe and effective treatment for perforated duodenal ulcers.

KAYNAKLAR

1. Bækgaard, N., Lawaetz, O., Poulsen, P.E. : Simple closure or definitive surgery for perforated duodenal ulcer. *Scand J Gastroenterol.* 14 : 17, 1979.
2. Boey, J., Lee, N.W., Koo, J., Lam, P.H.M., et al : Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers. *Ann Surg.* 198 : 3, 1982.
3. Boey, J., Wong, J., Ong, G.B. : A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. 195 : 3, 1982.

4. Clark, C.G., Fresini, A., Araujo, J.G., Moore, F., et al. : Truncal vagotomy and drainage : a comparison of elective and emergency operations. *Br. J. Surg.* 72 : 2, 1985.
5. Ferraz, E.M., Filho, H.A., Bacelar, T.S., Lacerda, C.M., et al. : Proximal gastric vagotomy in stenosed or perforated duodenal ulcer. *Br. J. Surg.* 68 : 452, 1981.
6. Herrington, J.L. : Donovan, A.J., Vinson, T.L., Maulsky, G.O., Gewin, J.R. : Selective treatment of duodenal ulcer with perforation. *Ann. Surg.*, 189 : 627'de tartışma bölümünde.
7. Johnston, D., Lyndon, P.J., Smith, R.B. : Highly selective vagotomy without drainage procedure in the treatment of hemorrhage, perforation and pyloric stenosis due to peptic ulcer. *Br. J. Surg.*, 60 : 790, 1973.
8. Jordan, G.L., DeBakey, M.E., Duncan, J.M. : Surgical management of perforated peptic ulcer. *Ann. Surg.* 179 : 628, 1974.
9. Jordan, P.H., Korompai, F.L. : Evolvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer. *Surg. Gynec. Obs.* 142 : 391, 1976.
10. Jordan, P.H. : Sirinek, K.R., LeVine, B.A., Schwesinger, W.H., Aust, J.B. Simple closure of perforated peptic ulcer. *Arch. Surg.* 116 : 591, 1981'de tartışma bölümünde.
11. Palumbo, L.T., Sharpe, W.S. : Acut perforated peptic ulcer. *Surgery* 50 : 863, 1961.
12. Sawyers, J.L., Herrington, J.L. : Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and suture plication. *Ann. Surg.* 185 : 656, 1977.
13. Sawyers, J.L., Herrington, J.L., Mulherin, J.L. : Acute perforated duodenal ulcers. *Arch. Surg.* 11 : 527, 1975.
14. Sirinek, K.R., Levine, B.A., Schwesinger, W.H., Aust, J.B. : Simple closure of perforated peptic ulcer. *Arch. Surg.* 116 : 591, 1981.
15. Skarstein, A., Hoisater, P.A. : Perforated peptic ulcer : a comparison of long-term results following partial gastric resection of simple closure. *Br J Surg* : 700, 1976.
16. Tanphiphat, C., Tanprayoon, T., Na Thalang, A. : Surgical treatment of perforated duodenal ulcer : a prospective trial between simple closure and definitive surgery. *Br. J. Surg.* 72 : 370, 1985.
17. Taylor, H. : The nonsurgical treatment of perforated peptic ulcer. *Gastroenterology* 33 : 353, 1957.
18. Yudine, S. : Etude sur les ulcères gastriques et duodénaux perforés. *J. Int. Chir.* 4 : 219, 1939.