

Marjinal Ülser Perforasyonları

Dr. Cüneyt KAYAALP, Dr. Sezai YILMAZ, Dr. Bora MUTLU

Özet: Marjinal ülser perforasyonu gastrojejunostomi-nin acil cerrahi tedavi gerektiren komplikasyonlarından biridir. 1987-92 yılları arasında Ankara Numune hastanesinde görülen 12 marjinal ülser perforasyonu retrospektif olarak incelenmiştir. Preoperatif doğru tanı oranı %83 tür. Ameliyatta yapılacak işlemi, daha önce yapılan ameliyatın türü ve hastanın genel durumu belirler. Genel durumu kötü hastalarda primer sütür+omentoplasti yapılacak en iyi işlemdir. Genel durumu iyi hastalarda definitif cerrahi tedavi yapılabilir. Daha önceden gastrektomi yapılmış perforasyonlu hastalarda revagotomi yapılmalıdır. Eğer vagotomi komplet ve yetersiz antrektomi varsa rezeksiyon yapılabilir. Daha önceden BTV+GJ yapılmış hastalarda revagotomi ve antrektomi yapılmalıdır. Preoperatif dönemde yeterince incelenmeye fırsat olmayan hasta, postoperatif dönemde nöks ülserin nedeni ve yapılan tedavinin başarısını ölçmek amacıyla yeniden tetkik edilmelidir.

Summary: MARGINAL ULCER PERFORATIONS

Marginal ulcer perforation which needs urgent surgical treatment is a complication of gastrojejunostomy. 12 marginal ulcer perforations which admitted to Ankara Numune Hospital between 1987-92 are examined retrospectively. Rate of the preoperative correct diagnosis is %83. The situation of the patient and the primary operation, effect the surgical treatment. If the situation of the patient is bad than primary suture+omentoplasty will be the best procedure. Definitive surgical treatment can be done if the patient is in a good position. The patients who have primarily gastrectomy have to be treated with revagotomy. If vagotomy is komplet and there is any remnant antrum a re-resection can be done. The patients who have primarily BTV+GJ have to be treated with revagotomy and antrectomy. Preoperatively the patient with inadequate examination should be reexamined to learn the etiology of the recurrent ulcer and the success of the surgical treatment in the postoperative period.

Anahtar Kelimeler: Anastomoz ülseri, perforasyon.

Key Words: Anastomotic ulcer, perforation.

Perfore anastomoz ülseri gastrik cerrahinin en önemli komplikasyonlarından biri olmasına rağmen literatürde konuyla ilgili makale sayısı fazla değildir. Marjinal Ülser Perforasyonu (MÜP) ilk kez 1899 da Braun tarafından postmortem olarak otopside tanımlanmıştır. Tanımlanmasından 1969 a kadar literatürde 468 vaka bildirilmiştir (1).

Bu makalede 1987-92 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi Acil Cerrahi Servisine gelen 12 MÜP vakası retrospektif olarak incelenmiş ve konuyla ilgili literatür gözden geçirilerek tanı ve tedavi ile ilgili yaklaşımlar getirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

12 hastanın 11'i erkek 1'i kadındı. Yaşları 23-70 arasında olup ortalama 42'ydi. 12 vakanın 9'unda şikayetler ani olarak başlamıştı. 3 vakada ise daha önceden benzer şikayetler mevcuttu. Bu 3 hasta ağrı yeniden başlayınca analjezik ve antia-

sit almışlar ve hastaneye başvurmada gecikmişlerdi. Bir hasta geçmeyen karın ağrıları nedeniyle Ankara'ya sevk edilmişti. Bir hasta ise acil servise başvurmuş ama akut karın düşünülmeyen hasta önerilerle eve gönderilmiş, ağrıları devam edince tekrar başvuran hasta MÜP ön tanısı ile hospitalize edilmişti. Diğer 7 hasta semptomlar başladıktan kısa süre sonra (4-8 saat) hospitalize edilmişlerdi.

Hastalar 1-12 yıl önce (ortalama 6 yıl) duodenal ülser nedeniyle opere edilmişlerdi. 12 hastanın 4'ünde ilk ameliyat nedeni peptik ülser perforasyonuydu (%33). 2 hasta kanayan duodenal ülser, diğer 6 hasta ise kronik duodenal ülser nedeniyle opere edilmişlerdi. 50 yaş üstündeki 3 hastadada ek dahili patolojiler vardı (KOA, KOAH+Aritmi, kronik süperatif akciğer hastalığı+Aritmi+Hipertansiyon). Peptik ülser nedeniyle yapılan ilk ameliyatları dışında daha önceden 2 hasta apendektomi, 1 hasta kolesistektomi, 1 hasta herni onarımı ameliyatı geçirmişti.

Tüm hastalarda sabit olan semptom ve bulgular, karında yaygın ağrı, hassasiyet, rebound ve de-

TabloI: Laboratuvar bulguları.

Hemoglobin.....	15gr (12,6-17)
Hematokrit.....	%45 (38-51)
Beyaz Küre (bin).....	12 (6-23)
Üre (mg/dl).....	35 (20-62)
Na (meq).....	139 (130-150)
K(meq).....	4,2 (3,8-4,8)

(x) İlk değerler ortalamayı, parantez içindeki değerler ise alt ve üst sınırları göstermektedir.

fanstı (%100). Bulantı ve kusma vakaların %75'inde vardı. Laboratuvar incelemesinde, dehidratasyona bağlı bir miktar hemokonsantrasyon geliştiği gözleniyordu. (Tablo I). Ayakta direkt karın grafisinde 9 hastada (%75) diafragma altında serbest hava vardı. Laparatomilerin hepsi genel anestezi altında endotrakeal entübasyonla eski göbek üstü nedian insizyon üzerinden yapılmıştır.

SONUÇLAR

Hastaların 10'unda doğru tanı preoperatif olarak koyulmuştu (%83). Perforasyonların 8'i jejunumda, 3'ü stomada, 1'i ise mide tarafındaydı. Perforasyon çapları ise 7 vakada 2mm, 4 vakada 5mm ve 1 vakada 20mm idi. Hastaların 10 tanesine önceki ameliyatta Bilateral Trunkal Vagotomi+ Gastrojejunostomi (1 vakada Braun enteroenterostomi vardı) yapılmıştı. 2 hastaya ise Bilateral Trunkal Vagotomi (BTV)+Antrektomi+ Gastrojejunostomi (GJ) uygulanmıştı. 1 hastada retrokolik, 11 hastada antekolik gastrojejunostomi vardı. 3 hastada anizoperistaltik 3 hastada izoperistaltik GJ vardı. Diğer 6 hastada bununla ilgili bilgi verilmemişti. Yapılan ameliyatlar Tablo II'de gösterilmiştir.

8 hastada vagotomi tekrar kontrol edilmiş, 4 hastada ise ösefagokardiak bölgedeki yoğun yapışıklıklar nedeniyle vagotomi kontrol edilememiştir. Kontrol edilen 8 hastanın 3'ünde vagotominin önceki ameliyatta tam yapıldığına karar verildi. Diğer 5 vakada revagotomi yapıldı. Revagotomi yapılarak patolojiye gönderilen parçaların tümünde sinir kesitleri geldi.

Tüm hastalarda antibiyotik kullanıldı (Ortalama 6 gün, 9 hasta penisilin + gentamisin, 3 hasta 3. kuşak sefalosporin) 1 hastada operasyon sırasında vagotomi kontrol edilirken 5mm lik ösefagus laserasyonu ve 4cm.lik karaciğer laserasyonu gelişti. Bunlar primer onarıldı. Başka peroperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi ve hastaların hepsi 4-10 günde (Ortalama 7 gün) taburcu edildi.

TabloII: Yapılan ameliyatlar

HASTA	VAGOTOMİ	DİĞER İŞLEMLER
1.....	Kontrol edilemedi.....	Primer Sütür + Omentoplasti
2.....	Kontrol edilemedi.....	Primer Sütür + Omentoplasti
3.....	Kontrol edilemedi.....	Primer Sütür + Omentoplasti
4.....	Vagotomi komplekti.....	Primer Sütür + Omentoplasti
5.....	Vagotomi komplekti.....	Primer Sütür + Omentoplasti
6.....	Revagotomiyapıldı.....	Primer Sütür + Omentoplasti
7.....	Revagotomiyapıldı.....	Primer Sütür + Omentoplasti
8.....	Revagotomiyapıldı.....	Primer Sütür + Omentoplasti
9.....	Revagotomiyapıldı.....	Antrektomi+Gastrojejunostomi
10.....	Kontrol edilemedi.....	Gastrojejunostomi bozuldu, jejunajejunostomi yapıldı, pylor normaldi

11.....(x) Vagotomi komplekti... Primer Sütür +Omen-toplasti
12..... Revagotomi yapıldı... Rerezeksiyon+Roux en Y gastrojejunostomi

(x) İlk 10 hastaya daha önceden BTV+GJ, son 2 hastaya daha önceden BTV+Antrektomi+GJ yapılmıştı.

Kan gastrin düzeyi postoperatif dönemde 3 hastaya baktırılmıştır. her 3 hastadada normal seviyelerde gelmiştir.

TARTIŞMA

Literatürde değişik değerler bildirilmekle birlikte genel olarak kabul edilen marjinal ülserlerin %10'unun perfore olduğudur (2,3,4). Marjinal ülserlerin diğer komplikasyonları Tablo III'te gösterilmiştir. En sık görülen komplikasyon kanamadır. Marjinal ülser duodenal ve gastrik ülserden daha sık kanar. MÜP'nunda semptomlar duodenal ülser perforasyonuna benzesede bazı ayrılıklar olabilir. Örneğin peritoneal irritasyon bulguları duodenal ülser veya gastrik ülser perforasyonundan daha hafif olabilir (1). Bunun nedeni gastrik sıvıların jejunal alkali sıvı ile nötralize olması olabilir. Özellikle gastrektomi sonrası perforasyonlarda ağrı daha çok sol üst kadranda, sol göğü ve retrosternal bölgeye yayılan tarzda olabilir. Reiss'in tariflediği 2 MÜP'u önce myokard infarktüsü tanısı almışlardı (1). Semptomlar genellikle gece başlar, bıçak saplanır gibi ani gelir ve genellikle öncesinde pek semptom vermezler. Kusma olabilir. %15-20 sinde hematemez, melena eşlik eder. Önce lokalize sonra generalize olan karın ağrısının muayenesinde hassasiyet, rebound ve defans pozitifdir (3).

Mide rezeksiyonundan sonra azalan parietal hücre kitlesinden dolayı MÜP gelişme şansı basit gastro-jejunostomiye göre daha azdır. Perforasyon yeri genellikle jejunum olmaktadır. Daha az olarak stoma en azda midede stomaya yakın bölgede olur. Çok nadiren duodenumdan (Bilroth 1 sonrası) veya Gastrojejunokolik fistülden perforasyon olabilir (Tablo 4). Perforasyon çapı 1-20mm arasında olabilir. İlk ameliyatı peptik

TabloIII: Marjinal ülserin komplikasyonları

1. Kanama (%60)
2. Perforasyon (%10)
3. Gastrojejunokolik fistül (retrokoliklerde) (%10)
4. Gastrojejunostomi hattında kanser gelişimi

ülser perforasyonu nedeniyle yapılanlarda MÜP olma insidansı daha fazladır (2).

Perforasyon süresi 5 gün (5) ile 28 yıl (6) arasında değişmektedir. Allen'e göre marjinal ülserlerin 1/3'ü ilk yıl içinde 1/3ü ikinci yılın içinde diğer 1/3ü ise iki yıldan sonra gelişmektedir(7). Vakaların %5 inde 2 perforasyon deliği birden vardır. %1 inde ise multiple perforasyon deliği vardır(2). Bizim serimizde böyle bir vaka yoktu. Perfore marjinal ülser dışında iyileşmiş veya halen aktif olan ülser mevcut olabilir. Böyle bir vakamız vardı. MÜP'ları batın içerisine serbest olabileceği gibi perikard içinde olabilmektedir. (8)

MÜP'larında tedavi prensipleri şöyle sıralanabilir:

1. Marjinal ülserin en iyi tedavisi profilaksidir. MÜP'unun tedavisi ise cerrahidir. Konservatif tedavinin mortalitesi %93 tür (6).
2. Ameliyatta yapılacak girişimi daha önce yapılan ameliyatın tipine hastanın genel durumu belirler.
3. Perforasyonun omental patch ile kapatılması hayat kurtarıcıdır ve yapılacak ilk işlemdir. Ancak primer sütür sonrası %89 nüks gelişir. Bu nedenle MÜP'ların definitif cerrahi girişim gerektirirler.(2)
4. BTV+GJ sonrası gelişen MÜP'nda revagotomi ve antrektomi tercih edilmelidir. Bu tedavi ile %88 başarı sağlanır. Bazı yazarlar revagotominin yapılmasını yeterli görmekteseyde reküren ülserlerde büyük bir çoğunluk antrektominin gereklili-

TabloIV: Marjinal ülserlerin perforasyon yeri (2)

Jejunum.....	110 (%75)
Stoma.....	31 (%20)
Mide.....	4 (%3)
Duodenum.....	1 (%1)
Gastrojejunokolik fistül.....	1 (%1)

ğini savunmaktadır. GJ'nin bozulup pyloroplasti yapılması ise üzerinde çalışma yapılmamış bir metottur. Ancak marjinal ülser neden olan faktörü ortadan kaldırmayıp yalnızca ülser gelişen zemini değiştiren bu metod önerilmemektedir. (4)

5. Hastanın genel durumu mide rezeksiyonunu tolere edecek durumda değilse hayat kurtarıcı olarak primer sütür atılır. 2 aylık tıbbi tedaviden sonra hastaya revagotomi+antrektomi planlanır.

6. Gastrektomiden sonra gelişen MÜP'da primer sütür+revagotomi %80 lik başarı sağlar. Rerezeksiyon ise %50-80 lik başarı sağladığı ve morbiditesi revagotomiye göre daha fazla olduğu için tercih edilmez. Ancak önceki ameliyatta vagotomi komplekse ve antrektomi yetersiz yapılmışsa ve hastanın genel durumu kötü değilse rerezeksiyon yapılabilir. (6)

7. Gastrektomi sonrası gelişen MÜP'da hastanın genel durumu iyi değilse hayat kurtarıcı olan primer sütür uygulanır. Vagotomi ileriki bir operasyona bırakılabilir. Çünkü genel durumu kötü bir hastada yapılacak özensiz ve hızlı bir vagotomi genellikle yetersiz kalacak ayrıca komplikasyon riskini arttıracaktır (6).

8. MÜP acil cerrahi gerektiren bir patolojidir ve etiyojolojiyi araştırmak için cerrahin preoperatif dönemde hemen hiç zamanı yoktur. Bu nedenle operasyonda hastanın genel durumu iyi ise pankreas ve duodenal güdük incelenebilir. Postoperatif dönemde kan gastrin düzeyleri, mide asit testleri gastroskopi ve endoskopik biyopsi (tümör açısından) etiyojolojiyi açıklamada ve tedavinin başarısını değerlendirmede yararlıdır.

KAYNAKLAR

1. Reiss R, Antal C: Free perforation of gastrojejunal ulcers after gastrectomy. Am J Surg. 1967, 114: 937-40.
2. Thoroughman JC, Walker LG: Free perforation of anastomotic ulcers. Ann Surg. 1969, 169: 790-800.
3. Smith L, Strange VM: Marginalulcer. Surgery. 1956, 39: 441.
4. Charles MS, Nyhus LM: Recurrent ulcer. Surgery of the Stomach and Duodenum. ed. Nyhus LM, Wastel C. 4 th ed. Little Brown Co, Boston. 1986, 515-34.
5. Haas PA: Acute perforation an early complication of partial gastrectomy. Am J Surg. 1965, 109: 466.
6. Cleator IGM, Holubitsky IB, Harrison RC: Perforated anastomotic ulcers. Ann Surg. 1973, 177: 436-40.
7. Allen A, Welch C: Subtotal gastrectomy for duodenal ulcers. Ann Surg. 1946, 124: 688.
8. Liu DHY, Crastnopol P, Phillips W: Perforation of the gastrojejunal ulcer into the pericardium. Arch Surg. 1967, 94: 294.