

Selim Mide Çıkışı Tıkanmalannda Endoskopik Balon Dilatasyonu

ENDOSCOPIC BALLOON DILATATION OF BENIGN GASTRIC OUTLET OBSTRUCTION

Ömer KARAHAN, Celalettin VATANSEV, Serdar YOL, Mustafa ŞAHİN, Mehmet AK, Metin BELVİRANLI, Halil ÖZTÜRK, Hakkı POLAT

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Dahiliye ABD ve Konya Devlet Hastanesi, KONYA

ÖZET

Mide çıkışının selim darlıklarının tedavisinde endoskopik balon dilatasyonunun yerinin ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Endoskopi Ünitesi.

Ağustos 1993-Ekim 1995 tarihleri arasında mide çıkışı darlığı ile ünitemize başvuran ve endoskopik balon dilatasyonu ile tedavi edilen 23 (13 erkek, 10 kadın, yaşları 19-70 arasında, ortalama 50 yıl) hasta çalışmaya alındı. Hastaların tanıları mide-duodenum grafisi ve gastroskopi ile konuldu. Dilatasyonlar boğazın lokal anestezisi ve iv. diazepam injeksiyonunu takiben, gastroskopun biopsi kanalından geçirilen 12 ve 15 mm çapında endoskopik pilor dilatasyon balonlarıyla, endoskopik görüş altında yapıldı. Vakalara 2-6 seans (ortalama 2.4 seans) üçer dakikalık dilatasyonlar uygulandı. 11 mm çapında Olympus GIF Q 20 gastroskopun distale geçişi yeterli dilatasyon yapıldığı şeklinde yorumlandı.

18 vakada pilor stenozu, 3 vakada postbulber darlık ve iki vakada duodenum 2. kısmında darlık mevcuttu. İki vakada prepiloric, bir vakada piloric ve üç vakada bulbusta ülser belirlendi.

Bir vakada, balon pilordan geçirilemediği için hasta opere edildi (%4.3). Diğer 22 vakada (%95.7) yeterli pasaj sağlandı. Hastalarımız 4-108 hafta (ortalama 43.4) hafta takip edildi. Bu sürede iki hastada (%8.7) 3 ve 6 hafta sonra tıkanma belirtileri gelişti ve tekrar dilatasyon uygulanarak pasaj sağlandı. Bir hasta dilatasyondan 2 ay sonra miyokard infarktüsü nedeniyle kaybedildi. Diğer 21 hasta halen normal yaşamlarını sürdürmektedir.

Elde edilen sonuçlara göre mide çıkışında darlık olan hastaların tedavisinde endoskopik balon dilatasyonu ile yeterli açıklık sağlanmakta ve pasaj elde edilebilmektedir. Selim darlığı olan vakalarda endoskopik balon dilatasyonunun ilk seçenek olarak uygulanabileceği kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler Endoskopi, Balon dilatasyonu, Pilor stenozu

T Klin Gastroenterohepatoloji 1996, 7:86-88

Geliş Tarihi: 02.03.1995

Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Mustafa ŞAHİN
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi ABD, KONYA

86

SUMMARY

The aim of this study is to evaluate the results of endoscopic balloon dilatation of benign gastric outlet obstruction.

Endoscopy Unit of Department of General Surgery, Selçuk University Medical School.

23 patients treated by endoscopic balloon dilatation for the reason of benign gastric outlet obstruction between August 1993-October 1995 were included in this study. There were 10 women and 13 men whose ages ranged from 19 to 70 (mean age 50 years). The diagnosis was performed by barium X-ray studies and endoscopy. The patients were prepared in the usual manner for endoscopy using topical oropharyngeal anesthesia and intravenous diazepam for sedation. Dilatations were performed using a pyloric balloon dilatation catheter of diameter 12 to 15 mm. The passage of endoscope having an outside diameter of 11 mm through the stricture was considered successful treatment.

The location of strictures were as follows endoscopically: 18 pyloric, 3 postpyloric and 2 in the second part of the duodenum. There were also active ulceration in prepyloric region in two patients, pyloric in 1 patient and in duodenal bulb in 3 patients.

One patient was surgically treated because the balloon dilatator couldn't be inserted through the stricture (4.3%). Dilatation was achieved in 22 of 23 patients (95.7%) with 2-6 (mean 2.4) dilatation sessions for a period of 3 minutes each. The follow up period of patients were 4 to 108 weeks (mean 43.4 weeks). Two patients (8.7%) required new dilatation sessions 3 and 6 weeks after the initial dilatation. One of the patients died from myocardial infarction after 2 months of dilatation. To date, dilatation has been deemed successful in 21 patients.

This study suggests that endoscopic balloon dilatation is an effective method for the treatment of gastric outlet obstruction, and it can try for the treatment of benign pyloric obstruction before surgery.

Key Words: Endoscopy, Balloon dilatation, Pyloric obstruction

T Klin J Gastroenterohepatol 1996, 7:86-88

Peptik ülserin klasikleşmiş cerrahi tedavi endikasyonları medikal tedaviye inatçılık, delinme, kanama ve tıkanma gibi komplikasyonlar olarak kabul edilmekteydi. Ülser tedavisinde kullanılan ilaçların ge-

TKlin Gastroenterohepatoloji 1996, 7

üşmesi ile medikal tedavinin başarı oranı yükselirken ülserle ilgili ameliyat sayıları belirgin olarak azalmıştır. Ülser kanamasının tedavisinde gelişmeler olduğu gibi delinmelerin ameliyatsız tedavisi de gündeme getirilmiştir. Pilon stenozu yakın zamana kadar tamamen cerrahi olarak tedavi edilirken günümüzde balonla dilatasyonu gittikçe yaygınlaşmaktadır. Ancak ülkemizin cerrahi kliniklerinin çoğunda pilon stenozlu hastalar halen ameliyat edilmektedir. Bir cerrahi kliniği olarak mide çıkışı tıkanması bulunan vakalarımızda uyguladığımız endoskopik dilatasyon yönteminin sonuçlarını sunarak bu konudaki gelişmelere katkıda bulunmayı amaçladık.

MATERYEL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ağustos 1993 ile Ekim 1995 tarihleri arasındaki dönemde mide çıkışı tıkanması ile müracaat eden 23 hasta endoskopik balon dilatasyonu ile tedavi edildi. Ameliyata engel durumu olup olmamasına bakılmaksızın vakalar dilatasyon programına alındı. 23 hastanın 13'ü erkek, 10'u kadın olup yaşları 19 ile 70 arasında (yaş ortalaması 50 yıl) idi. On vaka kliniğe yatırılarak tedavi edilirken 13'ünün tedavisi ayakta tamamlandı. Dehidratasyon bulunan 6 ve alkaloz bulunan 1 vakanın sıvı elektrolit ve asid baz tedavileri yapıldıktan sonra dilatasyon yapıldı. Bu dönemde aynı hastaların midesi 2 ile 4 gün arasında nazogastrik tüp ile boşaltıldı. Ülseri bulunan 6 hastanın üçünde 6 haftalık 2x2 gr sukralfat tedavisini takiben, aynı zamanda dehidratasyonu bulunan üçünde ise ülser mevcutken dilatasyon yapıldı.

Endoskopik dilatasyonda Olympus GIF Q 20 endoskop. Microvasive marka 12 ve 15 mm'lik endoskopik pilon dilatasyon balonları kullanıldı. İntravenöz 5 mg diazepam enjeksiyonu ve boğazın lokal anesteziyi takiben endoskopi ve dilatasyon gerçekleştirildi. Endoskopun biopsi kanalından geçirilen balon darlık yerine yerleştirildikten sonra endoskopik görüş altında şişirilerek 2-6 (ortalama 2.4) dilatasyon yapıldı. Her seansta bir ile üç defa şişirilen balon her defasında üç dakika şişirilmiş olarak tutuldu. 11 mm çapında olan endoskopumuzun distale rahat geçişi dilatasyonun yeterlilik ölçüsü olarak kabul edildi. Hastalara premedikasyonun etkisi geçtikten sonra posasız gıda vermeye başlandı.

BULGU VE SONUÇLAR

Şikayetleri 15 gün ile 1.5 yıldır süren hastalarımızın tamamında epigastrik dolgunluk ve rahatsızlık, provoke kusma ve klopotaj mevcuttu. 6 hastada dehidratasyon ve bir vakada alkaloz tablosu vardır. Hastalarımızdaki belirti ve bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir. 14 vakada endoskopiden önce baryumlu mide duodenum grafisi çekilmiş olup 7'sinde pilon stenozu ve bulbus duodeni deformasyonu, 6'sında baryum verildikten 3 saat sonra barsağa geçiş bulunmadığı, 19 yaşındaki bir vakada ise duodenum ikinci kısmında darlık bulunduğu görüldü. Duodenum darlığı bulunan hastanın sonografik ve to-

Tablo 1. Mide çıkışı tıkanması bulunan hastalarımızın belirti ve bulguları

Belirti ve bulguları	Vaka Sayısı	%
Epigastrik dolgunluk ve rahatsızlık	23	100
Provoke kusma	23	100
Klopotaj	23	100
Dehidratasyon	6	26.1
Retrosternal ağrı	2	8.7
Alkaloz tablosu	1	4.3

mografik tetkiklerinde duodenumu dıştan daraltacak olaya rastlanmadı.

Endoskopik değerlendirmede 18 vakada pilon stenozu, 3 vakada postbulber darlık ve bir vakada duodenum ikinci parçasında dar segmente bağlı mide çıkışı tıkanması belirlendi. Bir vakada ise biray önce geçirilmiş ameliyata bağlı darlık vardır. Safra kesesi taşı için ameliyat edilmiş olan bu hastada kolesistoduodenal fistül belirlenmiş ve kolesistektomi ve duodenuma primer sütür uygulanmış, duodenum ikinci bölümünde sütür hattı hizasında darlık oluşmuştu. Üç vakada bulber, iki vakada prepilorik ve birinde de pilorik yerleşimli ülser vardı. Sadece 68 yaşındaki bir vakamızda ameliyata mani olacak sistemik engel (miyokard iskemisi ve kardiyak aritmi) vardı.

22 hastada (%95.7) dilatasyon başarılı ve yeterli oldu. Vakalarımızda endoskopik dilatasyona bağlı herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Bir vakada (%4.3) darlık yerine balon yerleştirilemediği için dilatasyon yapılamadı. Bu vaka ameliyata alınarak torunkal vagotomi ve gastroenterostomi ile tedavi edildi. Hastalarımıza uyguladığımız dilatasyonlardan sonra 4-108 hafta (ortalama 43.4 hafta) süre geçti. Bu süre içinde pilorik darlık nedeniyle dilatasyon yapılmış 2 (%8.7) hastamız son dilatasyonundan 3 ve 6 hafta sonra tıkanma belirti ve bulguları ile geri döndü ve tekrarlanan dilatasyonu takiben rahattı. 21 vakamız tıkanma belirti ve bulgusu olmaksızın hayatını sürdürmektedir. 68 yaşındaki kardiyak problemlili hastamızın dilatasyon programı tamamlandıktan yaklaşık iki ay sonra miyokard iskemisi sebebiyle öldüğü belirlendi.

TARTIŞMA

Tıbbın her alanında konservatif yöntemler ağırlık kazanmaktadır. Buna paralel olarak ülser tedavisinde de medikal ve nooperatif yöntemler ağırlığını artırmıştır. H2 reseptör blokerleri ve omeprazolün yaygın kullanımı medikal tedaviye inatçılık yüzünden ameliyat edilen ülser vakası sayısını azaltmıştır (1-3). Cerrahi tedavi endikasyonu olarak bilinen ülser komplikasyonlarından kanamanın nonoperatif tedavisi konusunda gelişmeler olurken (4), delinmenin nonoperatif tedavisi gündeme gelmiştir(5). Diğer ülser komplikasyonu olan darlığın ise endoskopik balonla dilatasyonu gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır.

Peptik ülserle bağlı mide çıkışı tıkanmasının rahatlaması için ameliyat gerekir görüşünün ifade edildiği bir dönemde (6), ilk pilor dilatasyonu intra operatif olarak yapılmıştır (7). Daha sonra nonoperatif başarılı balon dilatasyonları bildirilmiştir (8). İlk bildirilen vakaların daha çok cerrahi tedaviyi tolere edemeyecek vakalardan seçildiği dikkati çekmektedir (9). Bizim vakalarımız arasında ameliyata engel olacak sistemik problemi olan sadece bir vaka (%4.3) vardı. Bir cerrahi kliniği olarak pilor stenozunda ameliyat ilk aklımıza gelen tercih olmamakta, ameliyat olabilecek mide çıkışı tıkanmalı genç hastalarda da endoskopik balon dilatasyonunu uygulamaktayız.

Daha önceki endoskopik balon dilatasyonlarında rehber tel üzerinden balon yerleştirildiği ve skopi altında dilatasyonun gerçekleştirildiği bildirilmektedir (10,11). Ayrıca endoskobun üzerine geçirilen balonla dilatasyon uygulaması da bildirilmiştir (12). Bu uygulamaların farklı olarak Olympus GIF Q ?c endoskop ile, rehber tel ve skopi kullanmaksızın • rekt endoskopik görüş altında dilatasyonlarımızı yaptık.

Pilor stenozu ile birlikte derin ülser varlığını kontrendikasyon kabul edenler olmakla birlikte, ülser mevcutken dilatasyon uygulayanlar da bulunmaktadır (10,13). Mide çıkış problemi ile beraber ülseri de bulunan hastalarımızdan dehidratasyonu sebebiyle sıvı elektrolit tedavisi gerektiren üçüne ülseri mevcutken, genel durumu iyi olan üçüne ise ülserleri ranitidin veya famotidin ve sukralfat ile tedavi edildikten sonra endoskopik dilatasyon uygulandı.

Şişirilen balonun darlık yer. . ie kaldığı süreyi 30 ile 60 saniye arasında bildirenler vardır (10,11). Dilatasyon esnasında 12 ve 15 mm'lik balonlar kullandık ve şişirdiğimiz balonu 3 dakika süre ile darlık bulunan bölümde tuttuk. 11 mm çapı bulunan endoskobumuzun darlık yerinden distale rahat geçirilebilmesini pratik bir yeterlilik ölçüsü kabul ettik ve bu açıklığı sağladığımız hastaların şikayetlerinin geçtiğini gördük.

Endoskopik balon dilatasyonunun başarı oranı %76 ile %92 arasında bildirilmektedir (10-14). Bizim serimizde başarı oranı ise %95.7'dir.

Bu çalışmamızın sonucu olarak mide çıkış tıkanmalarının tedavisinde endoskopik balon dilatasyonunun başarılı ve emin bir yöntem olduğunu söylemek mümkündür. Bu tür vakaların tedavisinde ameliyat ilk tercih olmamalıdır. Daha ileri çalışmalar peptik ülserin cerrahi tedavi endikasyonlarının yeniden gözden geçirilmesini gerektirebilecek gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mc Connell DB, Baba GC, Deveney CW. Changes in surgical treatment of peptic ulcer, disease within a veterans hospital in the 1970 and the 1980. Arch Surg. 1989; 124: 1164-67.
2. Koyuncu A, Tuğcu M, Sökmen S. Peptik ülser cerrahisi üzerine istatistiksel bir araştırma. Ege Üniversitesi Tıp dergisi 1988; 4: "551-55.
3. Karahan Ö, Belviranlı M, Vatansev C, Akın M, Ağaoğlu M, Öztürk H, Gönen S, Er C. Peptik ülser ameliyatları azalıyor mu? XI. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi. Anta1 ya; Abstrak Kitabı.- 9 Kasım 1994; 15.
4. Oxner RBG, Simmonds NJ, Getrner DJ, Nightingale JML, Burnham WR. Controlled trial of endoscopic injection treatment for bleeding from peptic ulcers with visible vessels. Lancet 1992; 339: 966-8.
5. Berne TV, Donovan AJ. Nonoperative treatment of perforated duodenal ulcer Arch Surg 1989; 124: 830-2.
6. Jaffin BW, Kaye MD. The prognosis of gastric outlet obstruction. Ann Surg 1985; 201: 176-9.
7. Johnston D, Lyndon PJ, Smith RB, Humprey CS. Highly selective vagotomy without drainage procedure in the treatment of haemorrhage, perforation and pyloric stenosis due to peptic ulcer. Br J Surg 1973; 60: 790-7.
8. Benjamin SB, Glass RL, Cattau EI, Miller WB. Preliminary experience with balloon dilation of the pylorus. Gastrointest Endosc 1984; 30: 93-5.
9. Craig PI, Gillaspie PE. Through the endoscope balloon dilation of gastric outlet obstruction. BMJ 1988; 297: 396.
10. Hogan RB, Hamilton JK, Polter DE. Preliminary experience with hydrostatic balloon dilation of gastric outlet obstruction. Gastrointest Endosc 1986; 32: 71-4.
11. Lindor KD, Ott BJ, Hughes RW. Balloon dilatation of upper digestive tract strictures. Gastroenterology. 1985; 89:545-8.
12. Taylor TV. Experience with a pyloric dilator in patients with delayed gastric emptying. J R Coll Surg Edin. 1987; 32: 239-40.
13. Griffin SM, Chung SCS, Leung JWC, Li AKC. Peptic pyloric stenosis treated by endoscopic balloon dilatation. Br J Surg 1989; 76: 1147-48.
14. Kozarek RA. Hydrostatic balloon dilation of gastrointestinal stenosis: a national survey. Gastrointest Endosc 1986; 32: 15-9.