

Duodenal Ülser Perforasyonlarında Definitif Cerrahi Tedavi ile Primer Sütür'ün Karşılaştırılması

Abdullah SAĞLAM
Nihat BENGİSU
Yaşar YEŞİLKAYA
Yücel ARITAŞ
Erdoğan SÖZÜER
Osman TEMİZ
Ümit TOPALOĞLU

THE VALUE OF DEFINITIVE SURGERY COMPARED TO
SIMPLE CLOSURE FOR PERFORATED DUODENAL ULCER

Erciyes Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD, KAYSERİ

Geliş Tarihi: 1 Kasım 1989

Kabul Tarihi: 8 Eylül 1990

Ö Z E T

Kliniğimizde duodenal ülser perforasyonu nedeniyle ameliyat edilen 104 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar mektupta adreslerinden çağrılarak geç ameliyat sonuçları değerlendirildi. 55 hastaya vagotomi drenaj ve proksimal gastrik vagotomi yapıldı. 49 hasta ise basit sütürle tedavi edildi.

Ameliyat riski bulunmadığı düşünülen hastalara daha çok definitif ülser ameliyatı uygulanmıştır. Bu grupta operatif mortalite görülmedi. Basit sütür grubunda ise mortalite %16.3 bulundu. Eksplorasyonda diffüz peritonit bulunması mortaliteyi anaran önemli bir risk faktörü idi ($p < 0.01$).

Çağnya uyan hastalar akut ve kronik ülser perforasyonu olarak iki ayrı grupta değerlendirildiler. Akut ülser grubunda gerek basit sütürle ve gerekse definitif ameliyatla benzer Visick I ve II sonuçları alınırken basit sütür konan kronik ülserli hastaların çoğu (%66,7'si) nüksetti. Buna karşılık kronik ülser grubunda operatörün definitif ameliyat yapılan hastalardan iyi sonuçları alındı, bu hastaların %85,7'si Visick I ve II'de yer aldılar. Duodenal ülser perforasyonu nedeniyle ameliyata alınan düşük risk grubundaki kronik ülserli hastalarda definitif bir ameliyatın rahatlıkla yapılabileceği akut ülserli ve yüksek risk grubundaki kronik ülserli hastalarda da basit süninin uygun olacağı kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler Perfore duodenal ulcer. Basit sütür. Definitif ameliyat. Visick derecelendirme

T. J. Tıp İtil Aras Dergisi C.8. S.6. 1990. 563-568

SUMMARY

One hundred four patients, treated for perforated duodenal ulcer in our department, have been reviewed. Patients were called by letter and evaluated for the late results of the operations. Fifty five patients had been treated by vagotomy+drainage or proximal gastric vagotomy while 49 patients had been treated by simple closure only.

Low risk patients were mostly selected for definitive peptic ulcer surgery, and there was no mortality in this group. Mortality in the simple closure group was 16.3%. Diffuse peritonitis in the exploration was a significant feature that induced mortality ($p < 0.01$).

Vie patients who come for our invitation have been evaluated in two distinct groups, the patients with acute ulcers and the patients with chronic ulcers. The definitive operations and the simple closure's have yield similar Visick's grade in acute perforated ulcer group. While the chronic ulcers those had been treated by simple closure only, have recurred in 66.7%. On the other hand 86.7% of the chronic ulcers treated by primary definitive operations gave better results, were in the Visick I and II. We conclude that it would be better to apply definitive surgery to good risk patients with perforated chronic ulcers, patients with acute duodenal ulcer perforations and poor risk patients would be treated by primary closure.

Key Words: Perforated duodenal ulcer, simple closure, definitive surgery, Visick's grade

T. J. Research Med Sci V.8. N.6. 1990. 563-568

GİRİŞ

Duodenal ülser nedeniyle ameliyat edilen elektif hasta sayısı giderek azalırken kanama perforasyon ve pilor stenozu gibi duodenal ülser komplikasyonları nedeniyle ameliyat edilen hasta sayısı giderek artmaktadır (1,14). Bu artışın sebepleri tartışmamızın dışındadır. Ancak peptik ülser perforasyonu nedeniyle ameliyat ettiğimiz hasta sayısı arttığına göre bu hastaları en uygun şekilde tedavi etmek Genel Cerrahinin gündemdeki konularından birisi olmaya devam edecektir.

Peptik ülser perforasyonu ile gelen bir hastada temel amaç muhakkak ki hastanın hayatını kurtarmaktır. Bütün peptik ülser perforasyonları için tek bir tedavi şekli önermek imkansızdır. Ancak ilave bir mortalite ve morbidite eklenmiyorsa ülser diyatezi olan düşük risk grubundaki hastalarda, perforasyonun tamiri yanında bu ülser diyatezini de tedavi etmek uygun olacaktır.

Biz de kliniğimizde 1980'li yılların başından itibaren perfore duodenal ülserlerde basit sütür yanında définitif ameliyat tekniklerini de uygulamaya başladık.

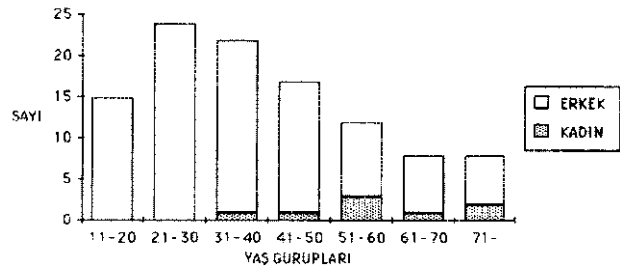
MATERYAL VE METOD

1979-1988 yılları arasındaki 10 yıllık sürede Erciyes Üniversitesi Genel Cerrahi Servisinde duodenal ülser perforasyonu nedeni ile ameliyat edilen 104 hasta retrospektif olarak incelendi ve ameliyatlarından 10 yıl ile 3 ay arasındaki periodlarda mektupla adreslerinden çağrılarak tekrar değerlendirildi.

Hastalarımız 96'sı erkek (%92.3), 8'i kadını (%7.7). Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı şekilde gösterilmiştir (Şekil 1). Yaş ortalaması 40.3 bulundu. Şoktaki hastalar ve ağır ek hastalığı bulunanlar basit sütürle geri kalan hastalar ameliyat eden ekibin tercihinin göre bir kısmı yine basit sütür bir kısmı da définitif ameliyatla tedavi edildi. Tedavi sonuçları morbidite mortalite risk faktörleri ve Visick değerleri bakımından mukayese edildi. İstatistiksel analizlerde kesin Ki-kare testi kullanıldı. Aritmetik ortalamalar \pm standart hata (Sx) olarak verilmiştir (Tablo 1).

BULGULAR

Kırk dokuz hastanın tedavisinde basit sütür tekniği kullanıldı. Kalan 55 hastada définitif ülser ameliyatı yapıldı.



Şekil 1. Duodenal ülser perforasyonlarında 104 hastanın kadın erkek yaş gruplarına göre dağılımı.

Yetmiş dört hastamızda müracaatlarında çekilen direkt karın grafilerinde periton boşluğunda serbest hava tesbit edildi (%71.1). Hastalarımızın 41'inde perforasyon öncesinde hiçbir ülser şikayeti yoktu. Altmış üç hastamızda 1 ay ile 40 yıl arasında devam eden ülser semptomları mevcuttu. 3 ay ve daha fazla ülser semptomu olan hastaları kronik duodenal ülser olarak kabul ediyoruz. Daha öncesinde ülser semptomu olmayan hastalar akut ülser olarak değerlendirildi. Hastaların semptom sürelerine göre dağılımı şekilde gösterildi (Şekil 2).

Hastalarımızdan 64'ü perforasyonun ilk 12 saati içinde ameliyata alınmışlar ve bunların 44'ünde (tüm hastaların %41.5'i) lokalize peritonit bulunmuştur. İlk 48 saatten sonra gelen 7 hastanın hepsinde peritonit diffüz idi (Şekil 3). Serimizde diffüz peritonitli hastaların yaş ortalaması (44.9 \pm 2.5), lokalize peritonitli hastaların yaş ortalamasından (36.6 \pm 2.2) daha büyüktür (p<0.05).

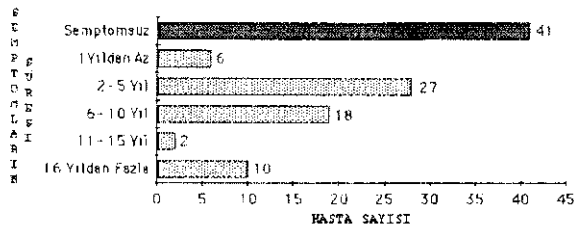
Perforasyonla ameliyat arasında geçen ortalama süre 18.3 \pm 1.6 saat idi. Buna ilaveten genç hastalar daha erken, yaşlı hastalar ise daha gecikmiş olarak müracaat etti. 33 hastamız 50 yaşın altındaki gruptan (13.7 \pm 2.0) daha uzundur (p<0.05).

Eksplorasyonda lokalize peritonit tesbit ettiğimiz hastaların çoğunda définitif ülser ameliyatı uygulandı. Bu hastalarda pefforasyon-ameliyat arasında geçen süre ameliyat şeklinin seçiminde ikinci derecede etkili oldu (Şekil 4,5).

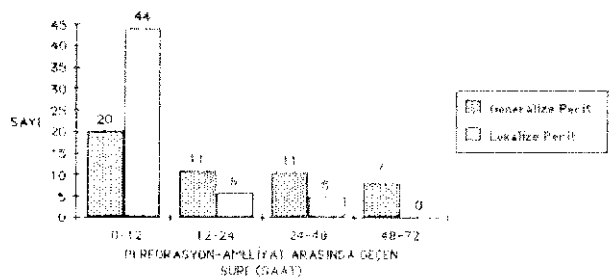
İlk 12 saatten sonra diffüz peritonitle müracaat eden hastalarda en çok tercih ettiğimiz tedavi şekli basit sütürdür (Şekil 4).

Tablo 1. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahî Kliniğinde Duodenal Ülser Perforasyonlarında Yapılan Ameliyatlar ve Yıllara Göre Dağılımı. (PS: Primer sütür, PGV: Proksimal gastrik vagotomi, TV + GJ: Trunkal vagotomi + gastrojejunostomi, TV + A: Trunkal vagotomi + antrektomi)

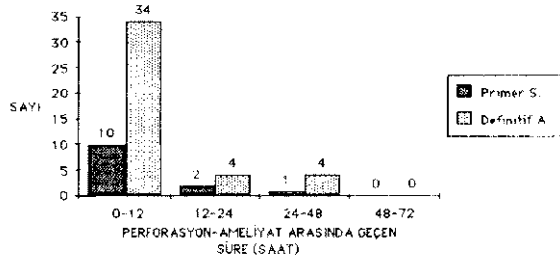
Yıl	PS	PGV	TY + GJ	TY + P	TY + A	TOPLAM
1979	5	—	—	—	—	5
1980	4	—	—	1	—	5
1981	4	—	—	2	—	6
1982	5	—	1	—	—	6
1983	2	2	7	3	—	14
1984	7	3	1	2	—	13
1985	3	5	2	2	1	13
1986	5	1	1	5	1	13
1987	10	2	3	4	—	19
1988	4	1	2	2	1	10
Toplam	49	14	17	21	3	104



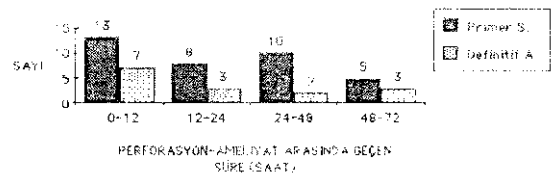
Şekil 2. Akut duodenal ülser perforasyonlarında duodenal ülser semptomları



Şekil 3. Duodenal ülser perforasyonlu hastaların, gecikme süreleri ve peritonit durumu.



Şekil 4. Lokalize peritonit gelişen ülser perforasyonlarında gecikme süreleri ve uygulanan ameliyatlar.



Şekil 5. Diffüz peritonit gelişen ülser perforasyonlarında gecikme süreleri ve uygulanan ameliyatlar

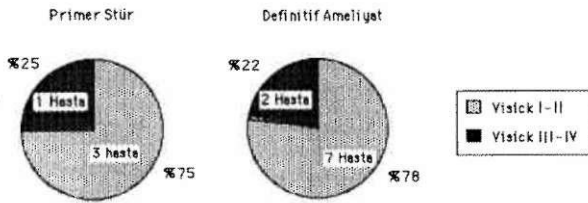
Hastalarımızdan 26'sı ameliyat sonrası komplikasyonlar sonucu kaybedildi (Genel mortalité: %7.7). Ölen hastaların hepsinde diffüz peritonit mevcuttu. Bu hastaların yaş ortalaması 53.2 ± 5.7 bulundu. Hastaların birisi hariç hepsi perforasyondan en erken 24 saat sonra müracaat etmişlerdi. Kaybettiğimiz hastalarda ortalama perforasyon-ameliyat süresi 38.7 ± 7.4 saat idi.

Komplikasyonların ve mortalité sebeplerinin dökümü tablodadır (Tablo 2).

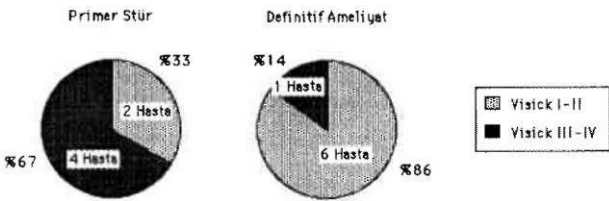
Mektupla adreslerinden çağılan hastalardan 16'sı adreslerinde bulunamadıkları için posta idaresince mektupları iade edilmiştir. Mektupla çağırımıza uyarı hasta adedi 26'dır. Bu hastalar akut ve kronik olarak iki gruba ayrıldıktan sonra

Tablo 2. Duodenal Ülser Perforasyonlarında Komplikasyonlar ve Mortalite

	Primer Sütür		Définitif Ameliyat	
	Komplikasyon	Eksitus	Komplikasyon	Eksitus
Pulmoner komplikasyonlar	3			
Yara Enfeksiyonu	3		1	
Tromboembolik	2	1		
Evantrasyon-Evisserasyon	2		1	
Abse-Sepsis	6	5		
Ülser Kanaması	1	1	1	
Brid Obstrüksiyon	1		3	
Anastomoz Sızdırması	1			
Mide Atonisi			2	
Karaciğer Yetmezliği	1	1		
Böbrek Yetmezliği	1			
Toplam	21	8	8	
Komplikasyonlu Hasta Sayısı	18		7	
Komplikasyon Oram (%)	38.8		12.3	
Mortalite (%)		16.3		0.0



Şekil 6. Akut ülser perforasyonu olan hastaların Visick derecelendirmeleri



Şekil 7. Kronik ülser perforasyonu olan hastaların Visick derecelendirmeleri.

Koo'nun (11) tanımladığı modifiye Visick kriterlerine göre değerlendirildiler (Şekil 6,7).

TARTIŞMA

Serimizde duodenal ülser perforasyonu erkeklerde kadınlardan 12 misli daha siktir. Duodenal ülser perforasyonu erkeklerde daha genç yaş gruplarında kadınlarda ise ileri yaş gruplarında görüldü (Şekil 1).

Duodenal ülser perforasyonu hastalarda perforasyon-ameliyat arasında geçen süre, preoperatif şok ve eşlik eden önemli hastalık risk faktörleri olarak sayılmıştır (1,2). Duodenal ülserin perforasyon sonrasında gelişen peritonit ya da perforasyon bölgesinde sınırlı kalmakta, ya da tüm karına yayılmaktadır. Boey ve ark. ve Bennett ve ark. peritonitin lokalize ya da diffüz olmasının risk faktörleri arasında sayılmayacağını söylemişlerdir (1,2). Ancak diğerleri peritonit durumunun dikkate alınması gerektiği kanaatinde dirler (5,9,16). Bizim serimizde kaybedilen hastaların hepsi diffüz peritonit grubundadır, peritonit durumunun diffüz veya lokalize olması mortaliteyi önemli etkilemiştir ($p<0.01$). Zaten serimizde peritonit durumu ile perforasyon-ameliyat süresi arasında direk bir ilişki vardır. Nitekim 48 saatten geç gelen hastaların hepsinde diffüz peritonit tesbit edilmiştir (Şekil 3). Genel bir cerrahi prensip olarak biliyoruz ki karın içindeki hayatı tehdit edici bir hadisenin lokalize edilebilmesi yeteneği kişinin yaşı ve genel sağlık durumu ile yakından ilgilidir. Yaşlı ve düşkün hastalarla, immün cevabı yetersiz hastalarda hadiseyi lokalize edebilme yeteneği sınırlıdır.

Diffüz peritonilli hastalar ekseriye geç müracaat eden yaşlı, düşkün hastalardır. Dolayısı ile peritonitin diffüz ya da lokalize olması hastanın genel durumu ve travmaya cevabı hakkında bir

bilgi verir. Yaşlı olmak definitif ameliyat için bir kontrendikasyon değilse de yaşlı hastalarda mortalité daha yüksektir (13). Serimizde kaybedilen hastaların hepsinin diffüz peritonit grubunda bulunmasının nedenini kolayca izah edebiliriz. Diffüz peritonitli hastalar geç müracaat eden daha yaşlı travmaya cevabı sınırlı hastalar oldukları için bütün ölümler bu grupta gözlenmiştir.

İlk 12 saat içinde müracaat eden 64 hastamızın çoğunda (44 hasta) lokalize peritonit bulunmuştur (Şekil 3). Serimizde lokalize peritonitli hastalar diffüz peritonitli hastalara göre daha genç hastalardır. Genç ve genel durumu iyi hastaların çok azında diffüz peritonit gelişmektedir.

Boey perforasyondan hastanın ameliyata alınmasına kadar geçen sürenin uzun olmasını (24 saatin üzeri), preoperatif şok bulunmasını ve hastalarda perforasyona eşlik eden önemli hastalık bulunmasını risk faktörleri olarak saymıştır (2). Bizim serimizde bu faktörlerin yanında diffüz peritonit de mortaliteyi belirleyen önemli bir risk faktörü olarak belirlemiştir ($p<0.01$).

Bu çalışmamız retrospektif anlamda bir çalışmadır. Daha önceden bir plan yapılmamıştır. Ancak görüyoruz ki hastanemizdeki cerrahların tercihi de lokalize peritonitli hastalarda daha çok definitif ameliyat, diffüz peritonitli hastalarda ise genelde basit sütür şeklinde olmuştur (Şekil 3,4). Burada şunu tekrarlamak gerekirse diffüz. peritonit definitif ameliyat yapmamak için tek başına bir kontrendikasyon değildir. Diğer risk faktörleri ile birlikte değerlendirilmelidir.

Seçilmiş hastalarda definitif ameliyat basit sütür kadar emin bir şekilde yapılabilir, bu hastalarda definitif ameliyat riski artırmaz (2-5,10,13,16).

Hastalarımızın 41'inde (%38.6) perforasyon öncesi hiçbir duodenal ülser semptomu yoktu. Literatürde bu değer %40-44 arasında değişmektedir (6,16).

Peptik ülser perforasyonlarında mortalité %20-32 olarak bildirilmiştir. Bizim genel mortalitemiz (%7.7) bu değerlerden daha düşüktür (3,13).

Mektupla çağrımıza uyup kontrole gelen 26 hastada yaptığımız değerlendirmede akut ülserlerde basit sütür definitif ameliyat kadar iyi sonuçlar verir görülmektedir (Şekil 6). Ancak kronik ülserlilerde basit sütür ile iyi sonuçlar

alınmamıştır. Kronik ülser grubunda basit sütürlü hastaların ancak %33.3'ü Visick I ve II grubuna girebilmiş, definitif ameliyat ile hastalardan daha iyi sonuç alınmış, bu hastaların %85.7'i Visick I ve II grubunda yer almıştır (Şekil 7).

Literatürde de akut ülserlerde basit sütür sonrası nüks çok yüksek değildir (%20-65); kronik ülserlerin basit sütürle tedavisinde ise akut ülserlerden daha yüksek ülser nüksü (%57-85) bildirilmiştir (5,12).

Biz bu sonuçların ışığında, her ne kadar geç ameliyat sonuçlarını değerlendirebildiğimiz hasta sayısı sınırlı ise de literatür verilerinin de ışığında peptik ülser perforasyonu olan hastalarda ülserin akut ya da kronik olmasına bakılmaksızın definitif ameliyat (2,5,10,15) ve bunun aksine bütün peptik ülser perforasyonlarında basit sütür öneren yazarlara (12) katılmıyoruz. Wara ve Kristensen'in önerdiği gibi peptik ülser perforasyonlarını akut ve kronik olarak iki gruba ayırmak definitif ameliyat yapacağımız grubu kronik duodenal ülserli ve düşük risk grubundaki hastalardan seçmek daha uygun olacaktır (6,8,16). Her ne kadar acil ameliyatlarda doğru hikaye almanın zorlukları var ise de peptik ülser diyetezine ilişkin sorularla hastalığın akut ya da kronik olduğunu ortaya koymak genelde mümkündür. Yan tesirleri vagotomi+drenaj ameliyatlarından daha az olduğu için endikasyonu olan hastalarda proksimal gastrik vagotomiyi tercih etmek doğru olacaktır (4,9,10,13,16). Nitekim vagotomi drenaj yapılan hastalarımızdan birisi dumping ve diyare nedeni ile Visick III grubuna alınmıştır.

Bütün peptik ülser perforasyonları için tek bir ameliyat şeklini benimsemek mümkün değildir. Risk grubundaki hastalarda basit sütür seçilmelidir. Eşlik eden bir hastalık olması, peritonitin diffüz olması, ameliyat öncesi şok bulunması, hastaların geç müracaat etmeleri risk grubunu belirleyen faktörlerdendir. Akut ülser perforasyonlarında basit sütür hastaların büyük çoğunluğunda yeterlidir. Bu hastaların ancak %35-42'si tekrar ülser semptomları gösterirler (7,10,16). Dolayısıyla akut perforatör ülserli hastaların hepsine, definitif ülser ameliyatı yapmak fazladan bir gayret olacaktır. Düşük risk grubundaki kronik ülser perforasyonlarında ise definitif ameliyat uygundur. Bütün bunlara rağmen peptik ülser perforasyonlarında seçilecek tedavi metodu cerrahın kendi kararına bağlıdır.

KAYNAKLAR

1. Bennett KG, Cannon JP, Organ CH: Is duodenal ulcer perforation best treated with vagotomy and pyloroplasty? Am J Surg 150:743-747, 1985.
2. Boey J, Wong J, Ong GB: A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. Ann Surg 195:265-269,1982.
3. Boey J, Lee NW, Koo J, et al: Immediate definitive Surgery for perforated duodenal ulcers. Ann Surg 196: 338-343, 1982.
4. Boey J, Branicki FJ, Alagaratnam IT, et al: Proximal gastric Vagotomy. The preferred operation for perforations in acute duodenal ulcer. Ann Surg 208:169-174,1988.
5. Cenevta R, Silva OC, Castelfranchi PL, et al: Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer. Br J Surg 73:427-430,1986.
6. Griffin GE, Organ Ch: The natural history of the perforated duodenal ulcer. Br Med J 2:12-17,1979.
8. Ileuman R, Larson J Norbby J: Perforated duodenal ulcers: Long term results following simple closure. Acta ChirScand 149:77-81,1983.
9. Johnston D, Lyndon PJ, Smith RB et al: Highly selective vagotomy without drainage procedure in the treatment of hemorrhage, perforation and pyloric stenosis due to peptic ulcer. Br J Surg 60:790-797,1973.
10. Jordan PH, Morrow C: Perforated peptic ulcer. Surg Clin N Am 68:315-329,1988.
11. Koo J, Lam SK, Chan P, et al: Proximal gastrik vagotomy, truncal vagotomy with drainage and trunkal vagotomy with antrectomy for chronic duodenal ulcer. Ann Surg 107:265-271,1983.
12. McEnter G, Ryan W, et al: A district general hospital experience of surgical treatment of gastric and duodenal ulcer from 1970-1982. Surg Gynecol Obstet 167:53-60, 1988.
13. McGuire III-I, Horsley III JS: Emergency operations for gastric and duodenal ulcers in high risk patients. Ann Surg 203:551-557,1986.
14. Sağlam A, Arıtaş Y, Şahin M ve ark: Duodenal ülser ameliyat endikasyonları değişiyor mu? VII. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi Bildiri Kitapçığı s:20 Samsun 1989.
15. Tanphiphat C, Tanprayoon T, Thalang ANa: Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: a prospective trial between simple closure and definitive surgery. Br J Surg 72: 370-372,1985.
16. Wara P, Kristcnsen ES, Sorensen FII et al: The value of parietal cell vagotomy compared to simple closure in a selective approach to perforated duodenal ulcer. Acta Chir Scand 149:585-589,1983.