

cerrahi

Peptik Ülser Cerrahisinde Duodenumun Değerlendirilmesi ve Zor Duodenumlar

Nuri Aydın KAMA *
Osman DOĞRU*
Arif ÖZDEMİR**

Peptik ülserin cerrahi tedavisinde mide-duodenum fizyolojisinin giderek daha iyi anlaşılmasına paralel olarak önemli gelişmeler olmuştur. Bu sahada ilk olarak uygulanan ameliyatın Wolfler'in ortaya atması olduğu gastrojejunostomi olduğu bildirilmiştir. Bu prosedür 1950'lerin ortalarına kadar geniş uygulama alanı bulmuş ancak V35 e varan sıklıkta marginal ülser gelişmesi üzerine terk edilmiştir. İlk başarılı mide rezeksiyonu 1881 yılında Viyana da Theodor Billroth tarafından yapılmıştır. Von Rydiger'in ise 1882 yılında bu ameliyatı ilk olarak ülserli bir hastada gerçekleştirdiği belirtilmektedir. Daha sonra ülser tedavisi için midenin 1/3, 65-75 inin çıkartıldığı subtotal gastrektomi ameliyatı yapılmaya başlanmıştır (6,11, 27,29).

Drugstedt'in aşırı asit salgısı ile duodenum ülseri arasındaki ilişkiye dikkatleri çekmesi ve 1943 yılında ilk olarak asit salgısını azaltmak gayesiyle vagatomiye gerçekleştirmesi bu konuda en önemli gelişmelerden biri olarak öne sürülmektedir. Bundan sonra vagatomi t drenaj ameliyatları giderek popüler olmuştur. Vagatomi daha sonraki yıllarda gelişerek selektif vagatomi ve son zamanlarda da drenaj işlemi gerektirmeyen proksimal gastrik vagatomi şeklinde gelişmeler kaydetmiştir (5,11,21,25). Vagatomiye ilave olarak antrumun da birlikte çıkartılması suretiyle asit salgılanmasında en önemli iki faktör ortadan kaldırılmış ve bu işlemin ülserin cerrahi tedavisinde en ideal aşamayı teşkil ettiği kanaatine varılmıştır. Duodenal ülser için yapılan başlıca ameliyatlar ve sonuçları Tablo 1 ve 2'de özetlenmektedir (6,7,10,11,12, 27,29).

Genel cerrahlar arasında, antrum çıkartılmadıkça duodenal ülser için yapılan bir ameliyatın tam olmayacağı inancının yaygın olarak benimsendiği belirtilmektedir (30). Gerçekte tablolar da görüldüğü

* Numune Hastanesi 4.Cerrahi Kliniği-ANKARA
** Numune Hastanesi 6. Cerrahi Kliniği-ANKARA

Tablo - 1

Peptik Ülser İçin Yapılan Başlıca Ameliyatlar ve Sonuçları

Ameliyat	Mortalite %	Nüks %	İsal, Uzun dönemde metabolik bozukluklar			Malignite riski
			kusma, damping	Kilo kaybı	Anemi	
V+A	1-2	1	+++	++	++	+
SV+D	0.7	10	++	+	-	+ - ?
V+D	0.7	8-10	++	++	++	
HSV	0	5-35	++	-	...	

V + A: Vagatomi +antrektomi

SV + D: Selektif vagatomi + drenaj

V+D: Trunkal vagatomi + drenaj

HSV: Yüksek selektif vagatomi (Proksimal gastrik vagatomi)

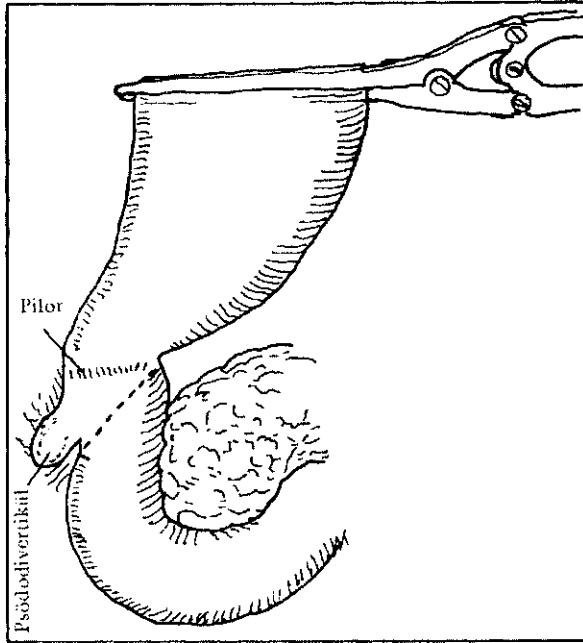
Tablo - 2

Çeşitli Elektif Ülser Ameliyatlarından Sonra Nüks Oranları

Ameliyat tipleri	Ülser nüksü oranı (%)	
	Ortalama	Sınırlar
Parsiyel gastrektomi	4	1-7
Vagatomi + an trektomi	1	0-3
Trunkal vagatomi+piloroplasti/GJ	10	3-30
Selektif vagatomi+piloroplasti/GJ	10	3-30
Yüksek selektif vagatomi (HSV)	10	3-40

GJ: Gastrojejunostomi

"DJohston, R.L.Blackett: Recurrent Peptic Ulcers, World J.Surg. 11:247-282, 1987" den alınmıştır.



Şekil 1. Ülser ve psödodivertikül.

gibi V+A etkin ve diğer cerrahi yöntemler arasında en az nükse sahip olan bir yöntemdir. HSV postoperatif komplikasyonlarının yok denecek kadar az olması, mide rezervuar kapasitesinin hiç bozulmaması sebebiyle komplike olmayan ülserlerde ilk planda düşünülebilecek cazip bir ameliyat gibi görülmektedir (2,8, 26). Ancak çok yüksek oranlarda nükse sahip olduğu rapor edilmektedir. Bazı serilerde bu oran %40-50'lere kadar varmaktadır (15,16). V+A ameliyatının tek sakıncası mortalite oranının diğerlerine göre biraz daha yüksek olmasıdır. Bu prosedürde mortaliteyi etkileyen en önemli husus ise duodenal güdüğün güvenli bir şekilde kapatılıp kapatılamayacağıdır. Güdüğün güvenle kapatıldığı vakalarda mortalite oranının çok düşük hatta sıfır olduğu bildirilmektedir. Duodenal güdüğün atmasını önlemek için en etkili yöntem şüphesiz onu yaratmamaktır. Basit gibi görünen bu yöntem çoğu vakalarda meseleyi kökünden halletmektedir. Genellikle ameliyatlarda duodenum görüldüğü veya beklendiği kadar zor değildir. Biraz gayretle emniyetle kapatılabilir ve hasta da iyi bir ameliyat şansını kaybetmemiş olur. Ancak bu hiçbir zaman için cerrahi illede antrektomi yapılması gerektiği saplantısına itmemelidir. Rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda maceraya girmeye ve hastayı tehlikeye sokmaya gerek yoktur. Bu gibi vakalarda seçilecek yolun vagatomi+drenaj prosedürlerinden biri olduğu belirtilmektedir (6,21,30).

Bu makalede biraz gayretle görülebilecek zor duodenumlardaki ve cerrahın geriye dönülemeyecek bir yola girdiğinde yani rezeksiyona başlayıp da re-

zeksiyonun güç olduğunu farkettiği, köprülerin yıkıldığı durumlardaki cerrahi stratejileri tartışmak istiyoruz. İşin teknik yönüne geçmeden önce kronik duodenal ülserlerde operatif patolojilerden bahsetmek yerinde olacaktır.

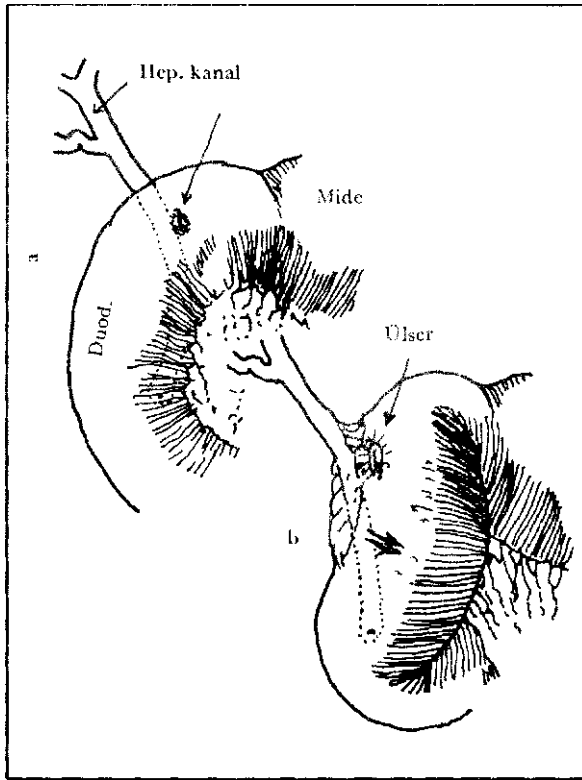
DUODENUMDA ÜLSERE BAĞLI INTRAMURAL DEĞİŞİKLİKLER

Kronik ülserler tekrarlayan enflamasyonlar sonucu yerlerinde fibrozis ve skatrizasyon bırakarak iyileşirler. Bu olaylara bağlı olarak duodenumun çapında daralma ve boyunda da kısalmalar olur. Pilor ülserine doğru çekilir. Duodenumun ikinci kıtasındaki ülserlerin ise Papilla Vateriyi kendine doğru çektiği ve papillanın ülserin alt kısmına komşu hale geldiği belirtilmektedir. Duodenumun üst sınırına yakın ülserler ise piloru Foramen Winslow'un hizasına kadar çekebilir. Eğer ülser pilordan yeteri kadar uzaksa pilorla arasında psödodivertikül gelişebilir. Psödodivertiküllerin genellikle pilorik sınırdan, alt veya üst kısımda yerleştiği ve alt kenarını ülserin stenoz bölgesinin oluşturduğu gözlenmiştir (Şekil 1). Öte yandan psödodivertiküllerin meydana gelmesinde hem pulsiyon hemde traksiyon komponentlerin birlikte rol oynadığı, pulsiyon komponentinin gastrik muhtevanın ejekülasyonuna, traksiyon komponentinin ise periduodenal adezyonların çekmesine bağlı olduğu ifade edilmektedir (17).

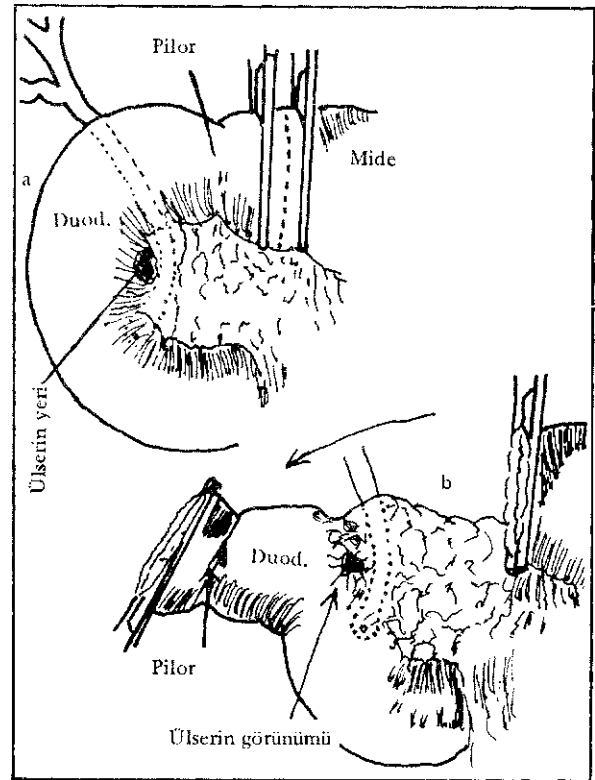
Duodenum arka duvar ülserlerinde ülserin sinsice pankreasın ön kısmına doğru perforé olduğu, bu kısımda normal duodenum duvarı yerine duodenum serozası ile pankreasın kapsülünün oluşturduğu zamanla kalınlaşmış sert bir dokunun yer aldığı izlenmiştir. Bu dokuyu normal pankreastan ayırtatmanın çok güç olduğu, hatta bazen de kolaylıkla pankreasın malign proçesleri ile karıştırılabildiği belirtilmektedir (13,28). Akut ülserlerde ödematöz dokunun sütürleri iyi tutmaması ve iyileşmenin bozuk olması sebebiyle, bu tür vakalarda duodenal güdüğün atma insidansının yüksek olduğuna işaret edilmektedir (11,14,30).

ÜLSERE BAĞLI PERIDUODENAL DEĞİŞİKLİKLER

Ülsere bağlı tekrarlıyan inflamatuvar reaksiyonlar etraf dokularda da birtakım değişikliklere sebep olur. Bunun sonucu olarak ameliyat esnasında yaranama ihtimalleri artar. Bu tür patolojik değişikliklerden en çok etkilenen organlardan birinin koledok olduğu bildirilmektedir (17,27,28). Koledoğun özellikle gastrohepatik omentumun alt kısmında, duodenum üst sınır ülserlerinde ve arka duvar ülserlerinde kolaylıkla zedelenebileceği öne sürülmektedir (Şekil 2 ve 3). Öte yandan güdük gömülürken koledoğun intramural veya retroduodenal parçalarının sütürlerle zedelenileceği ya da sıkıştırılabileceği de ihtimal dahilindedir.



Şekil 2. Retroduodenal ana safra kanalıyla yakın komşuluk halinde olan bir arka duvar ülseri görülmektedir.



Şekil 3. Arka duvar ülseri ve koledokla olan yakın ilişkisi belirtilmektedir.

Aberan veya aksesuar pankreatik kanalların ülser yatağı içine drene olabileceği, bunun sonucu olarak geniş arka duvar ülserlerinde ülser yatağını eksize etmeye yönelik çabalar esnasında pankreas dokusunun ve söz konusu kanalların yaralanabileceği belirtilmektedir. Hepatik arter normalde operasyon sınırları dışındadır, ancak duodenum üst sınır ülserlerinde bu damarın tehlikeli sınırlara kadar çekilebileceği akla getirilmelidir. Safra kesesi korpus ve fundus kısımları duodenumun üst kısmına yapışabilir ve bu yapışıklıklar kolayca açılabilir. Ancak kesenin ampulla kısmının bazen duodenumun ön yüzündeki ülseri ve altında yatan patolojileri örtebileceği, hatta bu yapışıklıklar açıldığında altta geniş etrafa ve koledoka penetre ülserin ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (9,17,28).

Transvers mezokolon ve damarları da duodenum arka duvar ülserlerinden etkilenebilir. Bu ülserlerin pankreatikoduodenal damarları erozyona uğratarak kanamalara sebep olabileceği belirtilmektedir. Bunun yanısıra arka duvar ülserlerinin retroperitona açılarak sağ fossa iliakada lokalize retroperitoneal apseye, daha da enterasanı mediastene geçerek pnömotoraksa ve boyunda cilt altı amfizeme sebep olduğu vakalar bildirilmiştir (3,17,31).

GENEL OPERATİF YAKLAŞIM

Kronik duodenal ülser ameliyatlarında, duodenumun birinci kısmı genellikle yapışıklıklara bağlı olarak adeta görünmez haldedir. Bu durumda gözlemlenilen cerrahın cesareti kırılabilir ve cerrahta duodenumun çok dipte kaldığı kanaati gelişebilir. Fakat diseksiyona devam edildiğinde çoğu vakalarda olayın ilk bakıştaki korkunç halinin ortadan kalktığı belirtilmektedir. Komşu yapıların zedelenmemesi için diseksiyonun duodenumun ön yüzüne yakın olarak yapılması gerektiğine işaret edilmektedir (9,14,17). Safra kesesi, kolon ve omentum gibi organların ülserle olan yapışıklıklarını ayırmak için daima güvenli bir planın bulunabileceği ve bu işlemin yerine göre kunt veya keskin diseksiyonla yapılabileceği ifade edilmektedir. Diseksiyona duodenumun birinci kıtası ve supravezokolik kısmı ortaya çıkıncaya kadar devam edilmesi tavsiye edilmektedir. Bu arada duodenumun konkav alt kenarı boyunca bulunan ince avasküler adezyonların ayrılması ile pankreas dokusu da görünür hale gelir ve böylece ülserle olan ilişkisi gözlenir. Bu basamakta dikkatli gözlem ve palpasyon bulgularına dayanılarak yapılan değerlendirmenin ameliyatın yönlendirilmesinde çok önemli olduğu

belirtilmektedir (6,29). Ayrıca arka duvardaki ülserlerde ülserin invazyonunu belirlemek için duodenumun ön duvarını invagine ederek yapılan muayenenin anlamlı olduğu ifade edilmektedir.

Koeher manevrasıyla duodenumun ikinci kıtasının lateralindeki periton insize edilerek açılır ve duodenumun arkasındaki gözenekli doku kunt olarak diseke edilir. Bu manevranın önemli olduğu, bu sayede duodenumun serbest ön yüzünün gerginliğe uğramadan, duodenumun daha sert ve fikse kısımlarına suture edilebileceği bilinmelidir (27,28).

Ameliyatın bu anında yapılacak şeyin post pilorik rezeksiyonun güvenilirliğini tekrar değerlendirmek olmalıdır. Genellikle bu noktaya kadar yapılan işlemlerle duodenumun ilk eksplorasyondaki durumuna göre daha yüzeysel ve operasyona daha müsait hale geldiği gözlenir. Öte yandan değerlendirme sonucu rezeksiyon yapılamayacağı kanaatine varılırsa, bu basamaktan güvenle geriye dönülebileceği belirtilmektedir (14,28). Güdüğün kapatılmasını tehlikeye sokan ve rezeksiyona kontraendikasyon teşkil eden hususlar Tablo 3'de özetlenmiştir (13,14,22). Şayet rezeksi-

Tablo — 3

Rezeksiyonun Kontraendike Olduğu Durumlar

1. Hepatoduodenal bağa penetre olan ülserler.
2. Pankreasa derin şekilde penetre olmuş ülserler.
3. Hem ön yüzü hem de arka yüzü tutan geniş ülserler.
4. Duodenumun birinci kısmının kısaldığı ülserler.
5. Özellikle duodenumun arka yüzünde ve alt sınırdaki yerleşen, ülser kraterinin aşağıya doğru uzandığı koledok ve pankreatik kanalların tehlikeye girdiği ülserler.
6. Aksesuar bir pankreatik kanalın tutulmuş olduğu ülserler.

yonu karar verilirse duodenumda yapılan işlemlere burada ara verilerek midenin rezeke edilecek kısmının mobilizasyonuna geçilir. Genel operatif yaklaşımın bu şekilde özetlenmesinden sonra, konuyu ülserin lokalizasyonlarına ve yaptığı deformatelere göre detaylandırmak faydalı olacaktır.

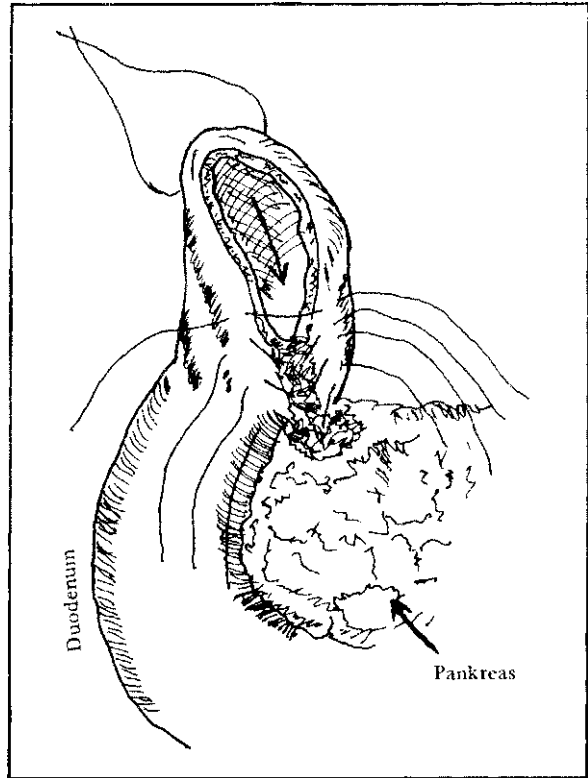
DUODENUM ÜST SINIRINDAKİ ÜLSERLER

Bu ülserlerde inflamatuvar kontraktür duodenumun üst kısmını, gastrohepatik omentuma ve duodenumun ikinci kısmına doğru çeker. Pilor da küçük kurvatur tarafında aynı yöne doğru çekilir. Büyük kurvatur tarafında ise pilorla ülser arasındaki mesafede değişiklik olmaz. Duodenumun sağlam kısmı mümkün olduğu kadar korunarak ülserli kısmın distalinden rezeksiyon yapılması tavsiye olunmaktadır (11,27). Eğer ülser koledoka yapışık ise diseksiyon ül-

serin distalinde sağlam duodenum buradan eksize edilebileceği, böyle bir kısım yoksa duodenumun endürasyonlu üst sınırı normal ve mobil duodenum dokularından geçen plikasyon sütürleri ile içeri kıvrılabileceği belirtilmektedir. Bu sütürler bağlandığında deforme olan üst kısmın normal duodenum dokusu ile kaplandığı ve kalan duodenum açıklığının küçüldüğü görülür. Bundan sonra güdüğün kapatılması zorluk göstermez ve lambert dikişleri ile gömülür.

DUODENUM ALT SINIR ÜLSERLERİ

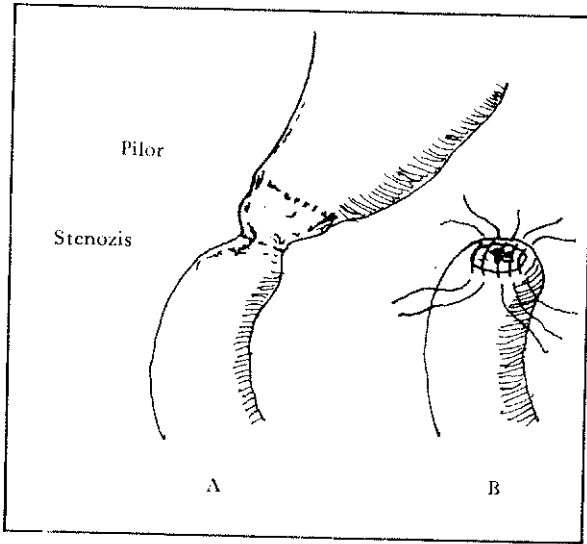
Bu tür ülserler daha az görülmektedir. Bu durumda pilor ülserine doğru çekilir ve alt kısımda ülsene pilor arasında çok az mesafe kalır. Konveks yüzünden dolayı duodenum üst kenarı mobilize edildiğinde yeterli miktarda mobil normal doku elde edilir. Bu ülserlerde de kapama yukarıda anlatıldığı gibi plikasyon sütürleri ile yapılabilir (Şekil 4).



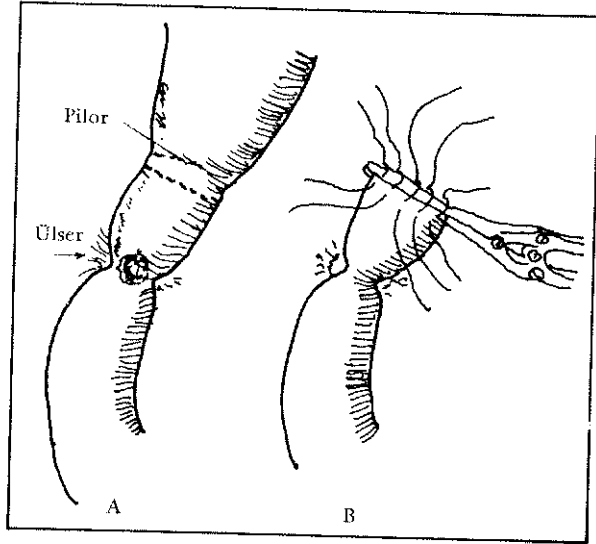
Şekil 4. Duodenum alt sınır ülserlerinde plikasyon sütürleri ile kapama. Duodenumun endürasyonlu alt sınırı normal ve mobil duodenum dokularından geçen plikasyon dikişleri ile içeri kıvrılmaktadır.

ÇEPEÇEVRE STENOZ YAPAN ÜLSERLER

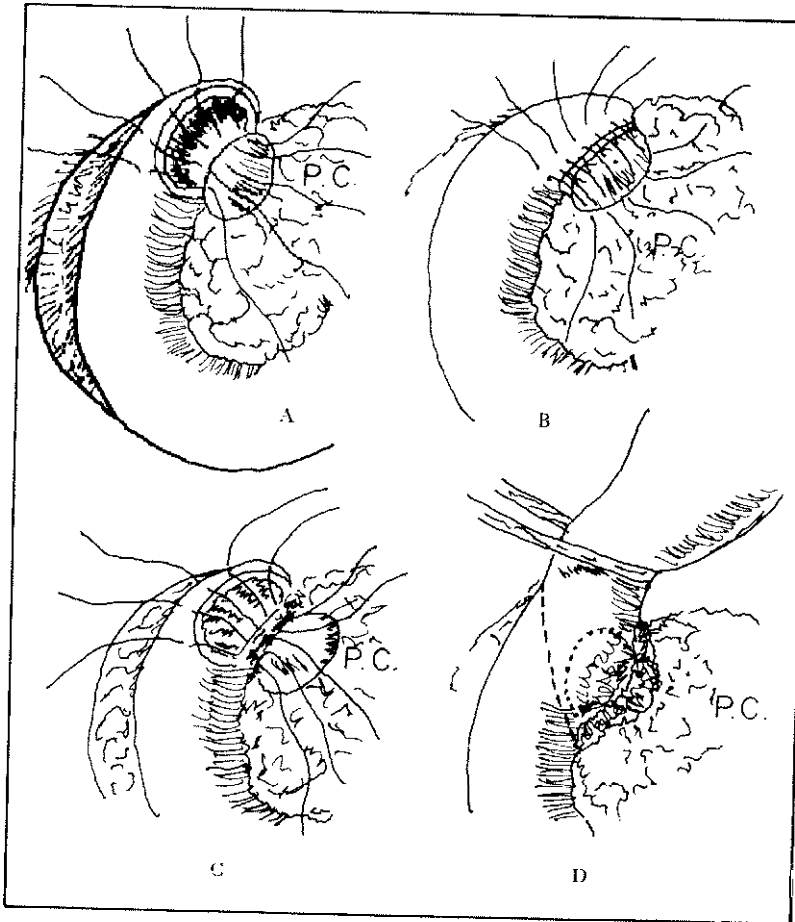
Stenozun genellikle aktif bir ülserin distalinde yada ülserin alt sınırını oluşturacak şekilde oluştuğu



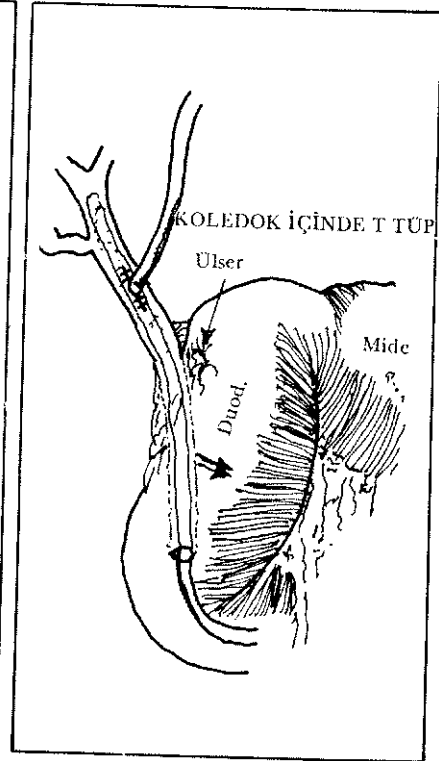
Şekil 5. Stenotik bir duodenal ülser ve kapatılması.



Şekil 6. Bulbusun distal ucunda yerleşen postbulber bir ülser. Duodenumun birinci kısmının ülserle doğru huni şeklinde giderek daralmakta olduğu görülmektedir.



Şekil 7. Pankreasa genişçe yapışan arka duvar ülserlerindeki cerrahi yaklaşım, şematize edilmiştir.



Şekil-8. Arka duvar ülserlerinde koledokun zedelenmesini önlemek ve emin bir diseksiyon planı oluşturmak amacıyla koledoka yerleştirilen T-tüp.

belirtilmektedir (13). Stenotik kısım çevre (Purse-String) sütürü gibi fonksiyon görür ve duodenum bu kısımdan eksize edildiğinde geride ağız dar bir güdük kalır. Stenotik ağzın hemen distalindeki dokunun dikişleri çok iyi tuttuğu ve 3-4 adet lambert sütürlerle yeterli kapamanın sağlanabileceği ifade edilmektedir (Şekil 5).

POSTBULBER ÜLSERLER

Duodenumun birinci kıtasının distalinde yerleşen bu ülserlerde dikkat edilecek husus, pilorla lezyon arasında güdüğü güvenle kapatabilecek yeterli dokunun bulunup bulunmadığının belirlenmesidir (Şekil 6). Böyle ülserlerde mutlak daralma ve endurasyonun mevcut olduğu, buna bağlı olarak da normal duodenum dokusunun huni şeklinde giderek daralan rijit bir güdük içine invert edilmek zorunda kalınacağı belirtilmektedir (14,17). Eğer ülser danada distalde duodenumda da kronik infiamatuar değişikliklere sebep olmuşsa işlemin zor hatta imkansız olduğu bildirilmektedir. Bütün bu durumlarda proksimal duodenumun beslenmesine dikkat etmek en önemli hususu teşkil etmektedir. Normalde duodenumun intramural damar anastomozları yeterli beslenmeyi sağlar. Ancak belirtilen lokalizasyonlardaki ülserlerde ülser yatağının söz konusu anastomozları etkileyerek proksimal duodenum parçasının kanlanmasını bozacağı ileri sürülmektedir. Bu yüzden bu gibi durumlarda duodenum serbestleştirilirken daha konservatif davranılması tavsiye edilmektedir. Öte yandan yine bu lezyonlarda distalde stenozun bulunması reflüyü önleyerek duodenum muhtevasının sütür hattını zorlamasına mani olacağı lehte bir husus olarak belirtilmektedir (13,14,17,28).

DUODENUM ARKA DUVAR ÜLSERLERİ

Pankreasa doğru penetre veya perfore olmuş küçük ülserlerde standart prosedürün, ülserin distaline kadar diseksiyon yapmak suretiyle ülserin altından rezeksiyon yapılması şeklinde olduğu belirtilmektedir. Ancak eğer ülser birazca derin yerleşimli ise yeterli arka duvar bulunmaz. Bu gibi durumlarda tercih edilebilecek diğer bir metodun mümkün olduğunca arka duvarı koruyarak ülser veya ülser deformitesini wedge rezeksiyon şeklinde çıkarmak ve alt uçtan başlayarak plikasyon sütürleri ile duodenumu kapatmak olduğu ifade edilmektedir (Şekil 5). Duodenumun ön duvarı ve üst sınırı iyi mobilize edildiğinden rahatlıkla ikinci bir sıra lambert dikişlerle güdük gömülebilmektedir.

Duodenum ülserlerinde cerrahi yünden en büyük problemi pankreasa geniş bir şekilde penetre ve perfore olmuş ülserlerin teşkil ettiği bildirilmektedir (3,13,14,17,18,22,28). Bu tür ülserlerde artık arka du-

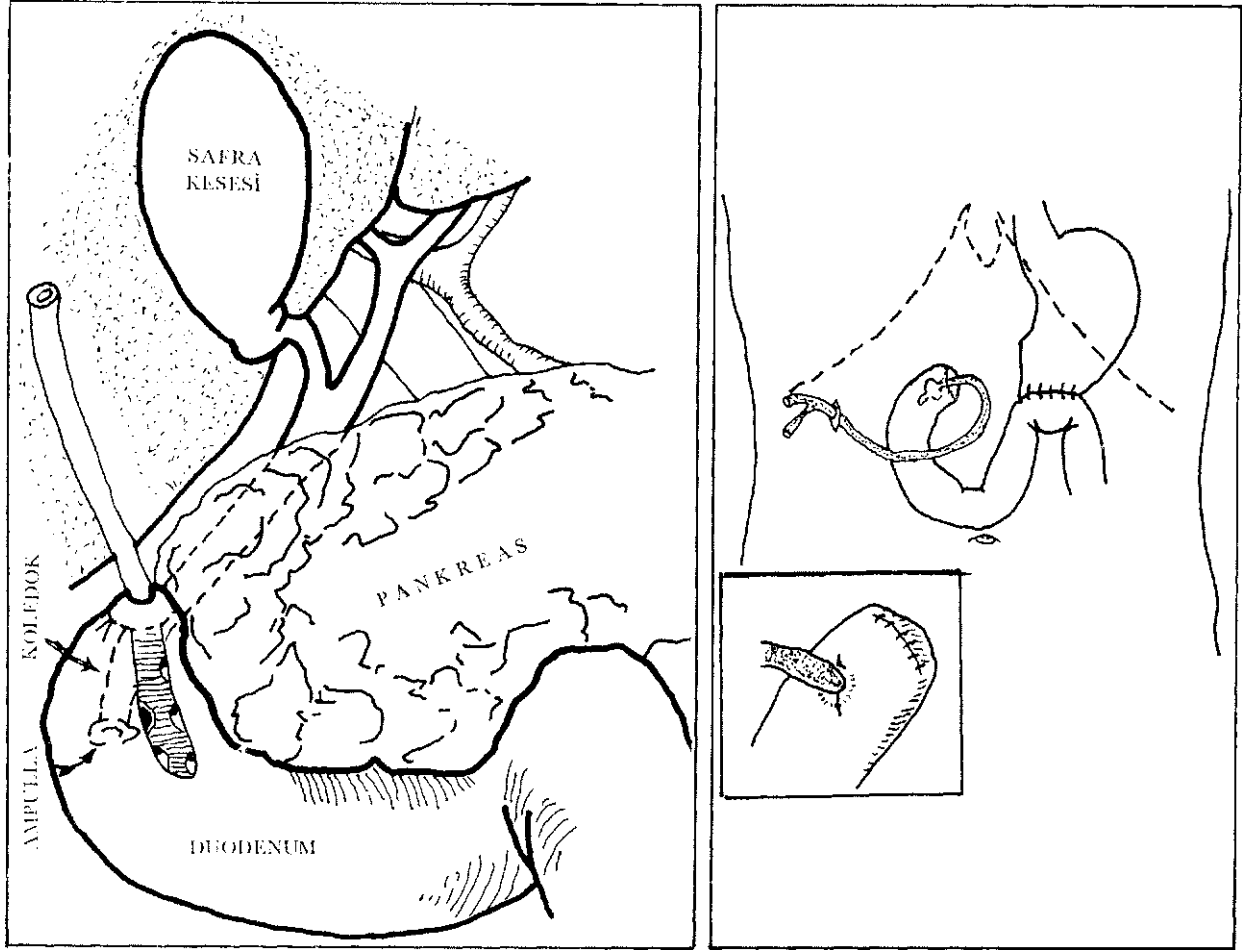
varda duodenuma ait bir yapının kalmadığı, bunun yerini pankreasın kalınlaşmış kapsülünün aldığı belirtilmektedir. Cerrahi tedavilerinde ise üç çeşit yaklaşımdan bahsedilmektedir. Bunlardan ilki Nissen'in tarif ettiği metottur (Şekil 7 A,B). Burda duodenumun ön duvarı hemen pilordan sonra, arka duvarı ise ülserin hemen üzerinden kesilmektedir ve ülser kraterini pankreastan ayırmak için herhangi bir işlem yapılmamaktadır. Bu durumda ülser yatağının, duodenumun arka duvarı ve kalınlaşmış pankreas serozasının birbirine yapışması ile oluşmuş bir fieb olarak düşünülebileceği belirtilmektedir. Tek tek 3/0 ipeklerle mobil olan ön duvar ülserin distal kenarına yaklaştırılır. Duodenum ön duvarı daima bol olduğu için dikişlerin her iki uçtan başlanarak ortada sonlandırılacak şekilde konması tavsiye edilmektedir. İkinci sıra olarak da pankreas kapsülü ülser yatağı ve duodenum ön duvarından geçen lambert sütürler konularak güdük gömülmüş olur.

İkinci yaklaşım Graham tekniğidir (Şekil 7 C). Burda da ülser yatağı pankreastan diseke edilmemektedir. Duodenum ülserin üst ucundan rezeke edilir. İlkinden farklı olarak arka duvar ülserden diseke edilerek sağlam dokuya ulaşmaya çalışılır ve bu doku ile pirmer kapama yapılır. Ancak belirgin bir klivaj alanı olmadığından pankreasın yaralanabileceği, ülser yatağından diseke edilen arka duvarın yeterli ve sağlam olmadığı bu işlemin sakıncalı tarafları olarak öne sürülmektedir. Üçüncü olarak da ülser yatağını diseke edilerek normal arka duvar dokusuna ulaşmaktan söz edilmektedir (Şekil 7 D). Fakat bu şekilde kolaylıkla pankreasın içine girilebileceği, durdurulamayan kanamaların olabileceği ve pankreatik kanalın veya dallarının zedelenebileceği belirtilmektedir. Bu yüzden bu metot, tavsiye olunmamaktadır. En çok kullanılan metodun Nisse'in tekniği olduğu belirtilmektedir.

Duodenum arka duvarında koledoğa yakın ülserlerde diğer bir yaklaşım şeklinin de T-tüp uygulaması olduğu bildirilmektedir (Şekil 8). Koledoğa konan, alt bacağı oddi sfinkterinden duodenum içine geçirilen T-tüpün buradaki yararının hem koledoğun yaralanmasını önlemek, hemde Papilla Vateriyi belirgin hale getirdiğinden daha emin bir diseksiyon planı oluşturmak olduğu üzerinde durulmaktadır (17,20).

DUODENUM ÜN DUVAR ÜLSERLERİ

Bu ülserlerin klinik olarak genellikle serbest perforasyon şeklinde görüldükleri, çoğu zaman safra kesesine yapışık oldukları ve cerrahi bir problem yaratmadıkları belirtilmektedir. Ancak duodenum ön duvarını yaygın şekilde tutan, güvenli bir kapamaya yetecek kadar doku bulunmayan ülserlerin rezeksiyon için kontraendikasyon teşkil ettikleri de bildirilmektedir (11).



Şekil 9. Açık bir (luoilen.il güdük içine Foley kataterinin yerleştirilmesi şematik olarak gösterilmektedir.

Şekil 10. Tüp duodenostomi ve tekniği şematize edilmiştir.

TÜP DUODENOSTOMİ

Duodenal güdüğün emniyete alınması konusunda diğer bir metot da tüp duodenostomidir. Cerrahin güdüğün kapatılmasında endişeli olduğu durumlarda başvurabileceği bir tekniktir. Bu iş için foley kataterin kullanılabilmesi belirtilmektedir (Şekil 9 ve 10). Katater duodenumun içine 5-6 cm uzatılır ve duodenumdan geçen çevre sütürleri ile tesbit edilir. Drenin ucu karından yapılan ayrı bir insizyonla dışarı çıkarılır. Eğer lojdan sızıntı bekleniyorsa ayrıca bir per-röz dren de konulabilir. Peristaltizmin başlamadığı ilk 2-3 günde duodenostomiden gelen mayinin 200-300cc yi geçmeyeceği, peristaltizmin başlaması ile bu miktarın daha da azalacağı belirtilmektedir. Postoperatif 4.günden itibaren drenin boşaldığı şişe/torba vücut seviyesine çıkartılmalıdır Drenin 6-8. günlerde klempe edilebileceği ve bundan 1 hafta sonra da çekilebileceği ifade edilmektedir. Duodenostominin çekilmesinden sonra genellikle kalıcı bir fistül-

lün oluşmadığı çok nadiren bazı hastalarda sızıntının 2 hafta sürdüğü yine nadiren subfrenik ve subhepatik apse gelişebileceği belirtilmektedir (1,4,9,18,19,20,22,24).

Son zamanlarda peptik ülserin tedavisinde cerrahinin rolünün giderek azaldığı cerrahlar arasında ortak şikayet konusu olarak belirtilmeye başlamıştır. Bir zamanlar vagatominin bir tipi, drenaj ve antrektomi ameliyat listelerinde daima yer alırdı. Günümüzde bu cerrahi yöntemlerin sayısında önemli derecede azalma olduğu belirtilmektedir. Peptik ülserin en sık cerrahi endikasyonunun intraktabilite teşkil etmekteydi ancak bugün için daha ziyade obstrüksiyon, kanama, perforasyon gibi komplikasyonlu hastaların cerrahiye verildiği bildirilmektedir. Bu azalmanın sebebinin H₂ reseptör blokörlerinin (Tagamet, Ranitab, Famodin) peptik ülser tedavisinde yeni bir ilaç olarak kullanıl-

maya başlanması olduğu ileri sürülmektedir. Mide sekresyonunu önleyici bilinen en kuvvetli madde olduğu belirtilen söz konusu ilaçlar Zollinger-Ellison hastalığında ve rekürren ülserlerde de seçilebilen bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (10,23). Ancak bu ilaçlarla ilgili tecrübeler henüz son derece sınırlıdır ve uzun süreli kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Bütün bunlara rağmen peptik ülserin tedavisinde cerrahın rolü kesindir ve her zaman ağırlığını muhafaza edecektir. Bu espriden hareketle belirtilen rolü üstlenen bir cerrahın seçenekleri arasında, bu makalede derlenmeye çalışılan hususların hatırlanmasında sayısız faydalar olacağı kanatindeyiz.

KAYNAKLAR

- Caudell WS, RL Garrison, CM: Lee. Use and Complications of Catheter Duodenostomy in Gastric Resection. Surg. Gyn. and Obstet. 100:506, 1955.
- Clark CG, Araujo JGC, Boulos PB: Proximal gastric vagotomy or truncal vagotomy and drainage for chronic-duodenal ulcer? Br. J. Surg. 73:298, 1986.
- Coke WM, Meyer KK: Retroperitoneal Duodenal Rupture. Am. J. Surg. 108:834, 1964.
- Dardik I, Dardik II, Shumofsky E, Gliedman ML: Lateral T-Tube Duodenostomy. Arch. Surg. 107:89, 1973.
- Dragstedt LR, Woodward ER: Mistakes in Peptic Ulcer in the Early Years: A Physiologic Analysis. Ann. of Surg. 167 (6): 886, 1968.
- Farmer DA, Harrower IIW, Smithwick RII: The Choice of Surgery in Peptic Ulcer Disease. Am. J. Surg. 120: 295, 1970.
- Fischer AB: Twenty-five Years After Billroth II Gastrectomy for Duodenal Ulcer. World J. Surg. 8(3): 293, 1984.
- Ileberer G, Teichmann RK: Recurrence After Proximal Gastric Vagotomy for Gastric, Pyloric and Prepyloric Ulcers. World J. Surg. 11(3): 283, 1987.
- Hoerr SO, Ferryman RG: catheter Duodenostomy: A Safeguard in Gastric Resection. Cleveland Clin. Quart. 19:49, 1952.
- Hoffmann J, Amiri IIS, Klarskov P, Madsen OG, Jensen HE: Gastrectomy for recurrent ulcer after vagotomy: Five-to nineteen-year follow-up. Surgery. 99(5):5 17, 1986.
- Hunt CJ: Peptic Ulcer As a Surgical Problem. Am. J. Surg. 95:404, 1958.
- Johnston D, Blacket RL: Recurrent Peptic Ulcers. World J. Surg. 11(3): 274, 1987.
- Jones SA, Gregory G, Smith LL, Saito S, Jorgenson EJ: Surgical Management of the Difficult and Perforated Duodenal Stump. An Experimental Study. Am. J. Surg. 108:257, 1964.
- Jones RC, McClelland RN, Zedlitz WII, Shires CT: Difficult Closures of the Duodenal Stump. Arch Surg. 94:696, 1967.
- Knight CD, Heerden JAV, Kelly KA: Proximal Gastric Vagotomy, Update. Ann. Surg. 197:22, 1981.
- Koo J, Lam SK, Chan P, Lee NW, Lam P, Wong J: Proximal Gastric Vagotomy, Truncal Vagotomy with Antrectomy -for Chronic Duodenal Ulcer. A Prospective Randomized Controlled Trial. Ann. Surg. 197(3): 265, 1983.
- Lahey FH: The Removal of the Ulcer in Subtotal Gastrectomy for Duodenal Ulcer. SCNA. 32: 817, 1952.
- Lippert KM, Coleman HV: Duodenostomy in Gastric Resection for Duodenal Ulcer. Am. J. Surg. 95:781, 1958
- Mayfield RC, Abramson PD: The Use of Catheter Duodenostomy in Subtotal Gastrectomy. Am. J. Surg. 90: 998, 1955.
- McEachern CG, Sullivan RE, Arata JE: Duodenostomy. A Method of Management of the Difficult Duodenal Stump in Certain Cases of Partial Gastrectomy for Duodenal ulcer. Arch. Surg. 72:942, 1956.
- McGregor DB, Savage LE, McVay CB: Vagotomy and Drainage for Elective Treatment of Peptic Ulcers. Surg. Gyn. Obstet. 146:349, 1978.
- Pearson SC, MacKenzie RJ, Ross T: The Use of Catheter Duodenostomy in Gastric Resection for Duodenal Ulcer. Am. J. Surg. 106:194, 1963.
- Penn I: The Declining Role of the Surgeon in the Treatment of Acid-Peptic Diseases. Arch. Surg. 115:134, 1980.
- Rodkey GV, Welch CE: Duodenal Decompression in Gastrectomy. Further Experiences with Duodenostomy. New England J. Med. 262: 498, 1960.
- Rossi RL, Braasch JW: Parietal Cell Vagotomy. SCNA 60:247, 1980.
- Rossi RL, Dial PF, Braasch JW, Shea JA: Five to Ten Year Follow-up Study of Parietal Cell Vagotomy. Surg. Gyn. Obstet. 162(4): 301, 1986.
- Shackelford and Zuidema. Surgery of the Alimentary Tract, Volume 2, pp. 287-383, 1981.
- Weinstein M, Roberts M, Reynolds B: Duodenal Mobilization ingastrectomy. Am. J. Surg. 98:7 13, 1959.
- Wise L, Ballinger WF: The Elective Surgical Treatment of Chronic Duodenal Ulcer: A Critical Review. 76:811, 1974.
- Woodward ER: The Blown Duodenal Stump. An Avoidable Complication. Arch. Surg. 115:693, 1980.
- Wulsin JII: Peptic Ulcer of the Posterior Wall of the Stomach and Duodenum with Retroperitoneal Leak. Surg. Gyn. Obstet. 134:425, 1972.