

Akut Gastrik Mukozal Kanamalarda Cerrahi Tedavi İlkeleri

Dr. Erhan HAMALOĞLU, Prof. Dr. Ahmet ÖZENÇ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

ÖZET

Bu yazıda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümünde Akut Gastrik Mukozal kanama nedeni ile ameliyat edilen 31 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Antiromatizmal ilaçlar ve alkol en önemli kanama nedeni olarak görülmektedir. Trunkal vagotomi+drenaj tipi ameliyat yapılan grupta rekürren kanamanın ve mortalitenin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. 40 yaşın üstündeki hasta grubunda da mortalite önemli oranda artmaktadır. Bu sonuçlara göre Akut gastrik mukozal kanamalarda endikasyon yönünden konservatif seçilen cerrahi yöntem bakımından agresif davranılması gerektiği kanısındayız

Anahtar Kelimeler Akut Gastrik Mukozal lezyon, gastrointestinal kanama.

Üst gastrointestinal sistem kanamaları modern tanı ve tedavi yöntemlerine rağmen ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir. Üst gastrointestinal sistem kanamalarına bağlı mortalite hala % 10-20 civarındadır (1-4). Bu tür kanamaların önemli bir kısmını oluşturan akut gastrik mukozal lezyonlarda % 50 ye kadar yükselmektedir (5). Akut gastrik mukozal lezyonlardan (AGML) olan kanamalar travma, ameliyat ve bazı ülserojenik ilaçların alınması sonrası da meydana gelmektedir. Akut gastrik mukozal lezyon, akut eroziv gastrit de denilen patolojilerde "Stres Ülseri" deyimini ilk kez 1936 yılında Selye kullanmıştır (6,7). AGML'in

Geliş Tarihi: 24.1.1990

Kabul Tarihi: 20.2.1990

Yazışma Adresi: Dr. Erhan HAMALOĞLU
TUSSO Bloklu L-3/12
Emek/ANKARA

SUMMARY

THE PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT IN ACUTE GASTRIC MUCOSAL HAEMORRHAGE

In this report, 31 patients hospitalized in the department of Surgery of Hacettepe University and operated with the diagnosis of bleeding of Acute Gastric Mucosal Lesion were evaluated retrospectively. It was seen that anti-rheumatoid drugs and ethyl alcohol were the most common causes of gastrointestinal bleeding. Recurrent bleeding and mortality were higher in the group of patients whom truncal vagotomy and drainage was performed. It was observed that mortality has increased significantly in patients over the fourth decade. According to the results, we are in the opinion that one must act aggressively in the surgical procedure selected whereas he must act conservatively in indication in bleeding of acute gastric mucosal lesion.

KeyWords: Acute gastric mucosal lesion, gastrointestinal bleeding.

sadece % 5 inde masif kanama olmakta ve cerrahi tedaviyi gerektirmektedir (7,8).

KLİNİK, MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümünde 1974-1985 yılları arasında akut üst gastrointestinal sistem kanaması olan, medikal tedaviye cevap vermeyip cerrahi tedavi uygulanan akut gastrik mukozal kanama tanısı konulmuş 31 hasta retrospektif olarak incelenmiştir (1,2,4,5,14). İstatistiksel olarak ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Akut üst gastrointestinal sistem kanaması tanısı ile ameliyat edilen 116 hastanın 31 inde (% 26,7)

kanamanın AGML'a bağlı olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşları 19-62 arasında olup, ortalama yaş 31,4 olarak bulunmuştur. Erkek/kadın oranı 4,1/1 dir. Hastaların yaş ve cins dağılımı Tablo 1 de gösterilmiştir.

Ameliyat öncesi alınan öykü ile AGML'un nedeninin çoğunlukla antl romatizmal ilaçlar ve alkol olduğu görülmüştür. Ayrıca sepsis ve üremi gibi nedenlere de rastlanmıştır (Tablo2).

Ameliyat öncesi tanı genellikle öykü ve fizik muayene ile konulmuştur. 31 hastanın 23 üne (% 74,1) ameliyat öncesi evrede gastroskopi yapılabilmektedir. Gastroskopi lezyonların bir kısmının daha yüzeysel bazılarının ise muskularis mukozayı tutan hatta onu geçen, çevresinde endürasyon bulunan ve kalın kenarları olan lezyonlar olduğu görülmüştür. Bunlardan daha yüzeysel olanlara akut eroziv gastrit, derin ve endüre olanlara ise stres ülseri denilmektedir (7). Ancak pratikte bu iki terim eşanlamlı olarak kullanılmaktadır.

Bizim hasta grubumuzda uygulanan ameliyatlar iki grupta toplanmıştır.

1. Trunkal vagotomi+drenaj
2. Trunkal vagotomi+rezeksiyon.

Rezeksiyon yapılan hastaların 11 ine subtotal gastrektomi, 3 üne de total gastrektomi yapılmıştır. Rezeksiyon yapılan hastaların 8 ine primer olarak subtotal gastrektomi yapılmış 6 sına öncelikle vagotomi+drenaj uygulanmış, kanama durmamışsa veya rekürren kanama olmuşsa subtotal veya total rezeksiyon yapılmıştır. Drenaj ameliyatlarının büyük çoğunluğu Heinecke-Miculicz tipi piloroplasti şeklinde yapılmıştır (Tablo 3).

Ameliyat sonrası evrede rekürren kanama açısından hastalar değerlendirildiğinde 31 hastanın 7 sinde (% 22,5) rekürren kanama olmuştur (Tablo 4). Trunkal vagotomi+drenaj yapıp da yeniden kanayan 6 hastaya subtotal veya total gastrektomi yapılmıştır. Subtotal gastrik rezeksiyon yapılan bir hastada da rekürren kanama olmuştur, bu hastaya da total gastrektomi yapılmıştır.

Akut gastrik mukozal kanama nedeni ile uygulanan cerrahi yöntemler mortalite açısından değerlendirildiğinde trunkal vagotomi+rezeksiyon yapılan grupta daha iyi sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 5). Serimizdeki 31 hastadan 5 i ölmüştür (% 16,1). Exitus olan hastaların 5'i de ameliyat sonrası erken evrede ölmüş olup ölüm primer hastalıklarına bağlanmıştır.

Tablo 1. Hastaların Yaş ve Cins Dağılımı

	Erkek	Kadın	Total
Hasta sayısı	25	6	31
Ortalama yaş	40.7	37.2	38.4

Tablo 2. Akut Gastrik Mukozal Kanamalarda Etiyolojik Faktörler

	Kadın	Erkek	Total	%
İlaç öyküsü	4	9	13	41.9
Alkol	—	6	6	19.3
Üremi	—	3	3	9.6
Sepsis	1	5	6	19.3
Nedeni saptanamayan	1	2	3	9.6

Tablo 3. Hastalara Kanama Nedeni ile Uygulanan Ameliyatlar

	Vaka Sayısı	%
Trunkal vagotomi + Drenaj	23	74.1
Trunkal vagotomi + Subtotal gastrektomi	11	
Trunkal vagotomi + total gastrektomi	3	25.9

Tablo 4. Ameliyat Tiplerine Göre Rekürren Kanama

	Vaka sayısının	Rekürren kanama	%
Trunkal vagotomi + Drenaj	23	6	26.0
Trunkal vagotomi + Rezeksiyon	14	1	7.1

Tablo 5. Uygulanan Ameliyat Tiplerine Göre Mortalite Oranları

	n	Ölen	%
Trunkal vagotomi + Drenaj	23	4	17.3
Trunkal vagotomi + Rezeksiyon	14	1	7.1

Tablo 6. Yaşa Göre Mortalite Oranları

	Sayı	Ölen	%
<40	21	2	9,5
40	10	3	30,0

Mortaliteyi etkileyen faktör olarak hastanın yaşı da incelenmiştir. 40 yaşın üstündeki kişilerde mortalite oranının 40 yaşın altındakilere göre 3 kat fazla olduğu görülmüştür (Tablo 6).

TARTIŞMA

Akut gastrik mukozal kanamalar, üst gastrointestinal sistem kanamalarının peptik ülserden sonraki en sık nedenidir. Literatürde bugün için % 1-33 arasında rakamlar verilmektedir (3).

Çalışmamızda AGML'in nedenleri, tedavi ilkeleri, seçilecek ameliyat tipleri, ameliyat zamanı ve mortaliteye etki eden faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

Bizim çalışmamızda hastalardan alınan öykü ile AGML nedeni % 41,9 vakada antiromatizmal ilaçlar % 19,3 vakada alkol, % 19,3 vakada sepsis, % 9,6 vakada üremi olarak saptanmıştır. % 9,6 vakada herhangi bir neden bulunamamıştır. Bu neden belirtilmeyen grupta kanamayı başlatan etken olarak psikolojik stres sorumlu tutulabilir.

Hastalarımızda öykü, fizik muayene ve endoskopi ile tanı konulduktan sonra, önce medikal tedavi uygulanmıştır (buzlu su ile irrigasyon, H2 reseptör antagonistleri, antasitler, sedatifler.). Kanama başlayıp da ilk stabilizasyon sağlandıktan sonra 24 saatde 1500 ml. den fazla kan transfüzyonu gerekiyorsa veya kanama durduktan sonra tekrar başlamış ise medikal tedaviye cevap vermediği kabul edilerek cerrahi tedavi endikasyonu konulmuştur (10-13-17).

Akut gastrik mukozal kanamaların tedavisinde en önemli sorun, ne zaman ameliyata karar verileceği ve cerrahi tedavi endikasyonu konulunca hangi prosedürün seçileceğidir. Uygulanacak prosedür kanama nedenine, kanamanın şiddetine ve eğer rekürren kanama olursa hastanın ikinci bir ameliyatı tolere edip edemeyeceğine göre farklılık göstermektedir (8,18). Ancak uygulanacak prosedür ne olursa olsun kesinlikle vagotomi eklenmelidir. Çünkü vagal denervasyon; a) geçici olarak gastrik mukozal kan akımında azalmaya, b) asit sekresyonunun sefalik fazının ortadan kalkmasına, c) asit geri emiliminin azalmasına, d) gastrik submukozadaki arteriyo-venöz santinın açılarak mukozal konjesyonun azalmasına yol açar (8,14,15).

Vagotomiye eklenecek prosedürün ne olacağını ise hastanın genel durumu ve muhtemel kanama nedeni belirleyecektir. Alkole bağlı akut gastrik mukozal kanamalar, vagotomi+drenaja iyi cevap verdiği halde, aspirine bağlı kanamalarda subtotal gastrektomi önerilmektedir (6-8). Sepsise bağlı kanamalarda eğer sepsisin kolay kontrol altına alınacağı düşünülüyorsa vagotomi+drenaj yeterlidir. Aksi takdirde vagotomi+rezeksiyon önerilmektedir. Çünkü işlevini yeterli yapamayan böbrekler artık gastrini yıkamıyacaklardır (7,9). Bizim serimizde ise başlangıçta 23 hastaya vagotomi+drenaj yapılan 6 hastada rekürren kanama olunca 3 hastaya subtotal gastrektomi, 3 hastaya da total gastrektomi yapılmıştır, buna göre vagotomi+drenaj yapılan hastaların % 26 sında rekürren kanama olmuştur. Vagotomi+rezeksiyon yapılan grupta ise sadece 1 hastada rekürren kanama (% 7.1) olmuştur. Bu da rekürren kanamanın vagotomi+drenaj yapılan hasta grubunda daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir (p<0,05). Bu konuda literatüre bakıldığında 1940-1970 yılları arasında akut gastrik mukozal kanama nedeni ile 118 hastaya vagotomi+drenaj uygulanmış % 15 vakada rekürren kanama olmuştur. Total gastrektomi yapılan 10 hastada ise rekürren kanama % 0 olarak rapor edilmiştir (7,15).

Olaya mortalite açısından bakılırsa, trunkal vagotomi+drenaj ameliyatı yapılan 23 hastadan 4'ü (% 17,3), trunkal vagotomi+rezeksiyon yapılan 14 hastadan 11'i (% 7.1) exitus olmuştur. Exitus olan hastaların sırası ile ikisi üremiden, ikisi de sepsisten ölmüştür. Hastalarımızdan birinde ise diabetes mellitus ve astma bronşiale mevcuttu. Daha sonra mezenterik vasküler öklüzyon gelişen bu hastaya masif ince barsak rezeksiyonu yapılmıştır. Ameliyat sonrası 8. günde multipl organ yetmezliğinden exitus olmuştur. Bizim serimizde hemodinamik olarak stabil olan hastalara vagotomi+rezeksiyon yapılırsa daha iyi sonuçlar alındığı görülmektedir (p<0.05).

Mortaliteyi etkileyen önemli etkenlerden birisi de yaştır, 40 yaş altında mortalite % 9,5 iken 40 yaş üstünde % 30 bulunmuştur (p<0.05). 40 yaş üstünde mortalitenin daha yüksek olması hastalarda bulunan yandaş hastalıklara, özellikle kardiyorespiratuar instabiliteye bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Bu sonuçlara göre akut gastrik mukozal kanamalarda endikasyon yönünden konservatif, seçilen cerrahi yöntem bakımından agresif davranılması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Palmer ED: Upper gastrointestinal haemorrhage, JAMA, 231:853,1975.
2. Marshall JB: Management of acute upper gastrointestinal bleeding, Postgrad. Med, 71:149,1982.
3. Schwartz SI: manifestations of gastrointestinal disease, In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC: Principles of Surgery, 5 th ed, Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1989.
4. Schiller KFR, Cotton PB: Acute upper gastrointestinal haemorrhage, Clin. Gastroenterol, 7:595,1978.
5. Moody F, Cheung LY: Stress ulcers: Their pathogenesis, diagnosis and treatment, Surg. Clin North Am, 56(6): 1469, 1976.
6. Wangenstein SL, Golden GD: Acute stress ulcers of the stomach, Am. Surg, 562: 345,1973 (Oct).
7. Drapanas T, Weolverton WC, Reader JW et al: Experiences with surgical management of acute gastric mucosal haemorrhage, Ann. Surg, 173 (5): 628,1971.
8. Fiddian GRG, Tureotte JG: Gastrointestinal haemorrhage, Grune and Stratto, Inc, New York, 1980.
9. Hubert JP, Kiernan PD, Welch JS, et al: The surgical management of bleeding stress ulcers, Ann. Surg 191 (6): 672,1980.
10. Donahue PE, Nhyus LM: Massive gastrointestinal haemorrhage, in: Nhyus LM, Wastell C: Surgery of the stomach and duodenum, 4 ed., Little, Brown and Qmpany, Boston, 1986.
11. Douglass HO: levarterenol irrigation, JAMA, 230 (12):1653,1974.
12. Posky JL, Hoffman M; Swayngim DS: Saline irrigation in gastric haemorrhage: The effect of temperature, J.Surg. Res, 28:204,1980.
13. Graham DY, Dadis RE: Acute upper gastrointestinal haemorrhage: New observations and old problem, Amm. J.Dig.Dis, 23:76,1978.
14. Kelly: Stress ulcer, in: maingot R: Abdominal operations, 7 th ed., Appleton Century Crofts, 1980.
15. Silen W, Merhave A, Simson JNL: The pathophysiology of stress ulcer disease, world J.Surg, 5:165,1981.
16. Rofe SB, Duggan JM, 'Ttiursby CJ: Conservative treatment of gastrointestinal heamorrhage, Gut. 26:481,1985.
17. Fitts CT, Cathcart RS, Artz CP, et al: Acute gastrointestinal tract ulceration: Cushing's ulcer, streoid ulcer, Curling'sulcerand stress ulcer, Am. Surg, 37:281,1971.