

# Duodenal Ülserin Cerrahi Tedavisine Ait Bir Komplikasyon Uzamış Gastrik Atoni

Ahmet ÖZENC  
İskender SAYEK  
M. ÇAKMAKÇI  
A. GÖKALP  
Nevzat BİLGİN

GASTRİK ATONY:  
FOLLOWING DUODENAL ULCER SURGERY

Hacettepe O. Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Geliş tarihi: 19 Aralık 1984

## ÖZET

*Elctif olarak ameliyat edilen 292 duodenal ülserli hastada, 27'sinde postoperatif uzamış gastrik atoni gelişti. Bu komplikasyon ile ameliyat endikasyonu ve ameliyat türü arasındaki ilişki araştırıldı. Ameliyat endikasyonları içerisinde en fazla obstrüksiyonlu hastalarda bu komplikasyona rastlandı. Hastaların besleme durumunun düzeltilmesi sonucu, mide boşalmasının normale döndüğü gözlemlendi. Bu bulgular sonucu, beslenme bozukluğu ile gastrik atoni arasında ilişki kuruldu ve duodenal ülserli hastaların cerrahi tedavisinde gözönünde tutulması gereken konular belirtildi.*

**Anahtar Kelimeler:** Duodenal ülser, Trunkal vagotomi, Gastrojejunostomi, Piloroplasti, Antrektomi, Gastrik atoni.

T Kİ Tıp Bil Araştırma Der C.3, S.3. 217-120. 1985

Duodenal ülserin tedavisinde son yıllarda H2 reseptör blokajı yapan ilaçların kullanılması, cerrahi tedaviye olan ihtiyacı önemli ölçüde azaltmıştır. Bununla beraber, obstrüksiyon başta olmak üzere kanama ve perforasyon durumlarında ve de tıbbi tedaviye cevap vermeyen vakalarda cerrahi tedavi zorunlu olarak uygulanmaktadır.

Proksimal gastrik vagotomi (PGV), duodenal ülser tedavisi için kullanılan cerrahi yöntemler arasında en düşük morbidite ve mortaliteye sahiptir. Buna karşılık en yüksek rekürrens oranı da (% 15) bu ameliyata aittir (1). Diğer cerrahi yöntemler arasında trunkal vagotomi (TV), Antrektomi, TV-Direnaj ameliyatları (piloroplasti, gastrojejunostomi) sayılabilir. PGV hariç tutulacak olursa, diğer cerrahi yöntemlerden sonra uzamış gastrik atoni görülme oranı ameliyat endikasyonuna, ameliyat türüne bağlı olarak % 2 ilâ % 28 arasında değişmektedir.

## SUMMARY

*27 patients developed postoperative gastric atony in 292 patients undergoing surgery for duodenal ulcer. This complication was seen most commonly in patients with preoperative pyloric obstruction secondary to the duodenal ulcer and poor nutritional status. The gastric emptying improved with enteral hyperalimentation via jejunostomy. It is concluded that the preoperative nutritional state of the patient plays an important role in the postoperative gastric emptying.*

**Key Words:** Duodenal ulcer, Truncal vagotomy, Gastrojejunostomy, Pyloroplasty, Antrectomy, Gastric atony.

T J Research Med. Sci V.3, N.3. 217-220, 1985

Bu yazıda Hacettepe üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1978-1983 yılları arasında elektif koşullarda ameliyat edilen duodenal ülserli hastalarda postoperatif görülen uzamış gastrik atoni vakaları retrospektif olarak değerlendirildi. Bu komplikasyon ile ameliyat endikasyonu, ameliyat türü arasındaki ilişki araştırıldı.

## MATERYAL VE METOD

Elektif koşullarda 5 yıl içerisinde ameliyat edilen hasta sayısı 371'dir. 371 hastadan PGV yapılan 79'u çalışma dışı bırakıldı. Çalışma kapsamına giren 292 hastadan tamamına TV ve buna ek olarak antrektomi veya direnaja ameliyatları uygulanmıştır.

Ameliyat sonrası mide boşalmasının yetersiz olması nedeni ile 10 gün veya daha fazla süre ile ağızdan beslenemeyen hastalarda uzamış gastrik

atoni olduğu kabul edilmiştir. Yine bu hastalarda anastomoz hattında ve anastomoz distalinde geçişi engelleyebilecek mekanik bir olayın olmadığı klinik, radyolojik ve endoskopik bulgulara dayanarak ekarte edildi. Uzamış gastrik atoni tanısı konan hastalar tıbbi tedaviye alındılar. Tıbbi tedavi; etkili nazogastrik dekompresyon, sıvı elektrolit tedavisi, imkânlar ölçüsünde total parenteral nutrisyon (TPN) dan oluşmakta idi. Bazı vakalarda Metoclopramide kullanıldı. Tıbbi tedavi ile sonuç alınamayan ve üç haftadan daha fazla ağızdan beslenme imkanı sağlanamayan hastalar, TPN'da temin edilemediği takdirde yeniden ameliyata alınmışlardır.

#### BULGULAR

292 hastanın 27'sinde (% 9.3) postoperatif uzamış gastrik atoni gelişti. Gastrik atoni gelişen hastalarda yaş ortalaması 45 idi. Hastaların % 92.6'sı (25/27) erkek, % 7.4 u (2/27) kadın idi.

Ameliyat endikasyonlarına göre dağılımda obstrüksiyon 112 (% 38.4) vaka ile birinci sırayı aldı. Bunu intraktabilite 96 (% 32.9), kanama 78 (% 26.7) vaka ile izledi (Tablo 1).

En fazla uygulanan ameliyat yöntemi TV-Antrektomidir (% 41.7) (Tablo-2).

Gastrik atoni obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilen hastalarda en fazla görülmüştür (% 15.2) (Tablo-3).

Ameliyat türleri içerisinde bu komplikasyona en fazla Jaboulay tipi gastroduodenostomiden sonra rastlandı (% 13.5). Gastrojejunostomi ve Finney tipi gastroduodenostomi gastrik atoni görülme sıklığı yönünden ikinci ve üçüncü sırayı aldılar (% 11.8-% 10.4) (Tablo-4).

Gastrik atoni gelişen hastalardan 20'sinde tıbbi tedavi ile mide boşalması normale döndü. Diğer 7 vakaya toplam 10 kez yeniden cerrahi girişim uygulandı. Reoperasyon gerektiren vakaların tümü obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilen vakalardır (Tablo-5). Obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilen ve gastrik atoni gelişen 17 vakadan % 41.2'sinde (7/17) reoperasyona gerek duyulurken, kanama ve intraktabilite nedeni ile ameliyat edilen ve gastrik atoni gelişen 10 vakanın tamamında tıbbi tedavi ile başarı sağlandı. Toplam 292 hastanın 7'sinde (% 2.4) bu komplikasyon nedeni ile ikinci kez ameliyat endikasyonu doğmuş ve vakalardan biri (% 0,3) geçirdiği karın ameliyatları sonucu oluşan intraabdominal sepsis nedeni ile kaybedilmiştir.

İkinci kez yapılan ameliyatlardan hiçbirinde mide boşalmasını geciktirecek mekanik bir olay ile karşılaşılma. Hastalardan 4'ünde daha önceki dirençli ameliyatına ek olarak gastrojejunostomi yapıldı. Gastrostomi ile beslenme jejunostomisi 7 hastada yapıldı. Jejunostomiden günde 3000 ml'ye kadar varan hacimlerde jejunostomi diyeti verildi.

**Tablo - I**  
**Ameliyat Endikasyonları**

	Sayı	%
Obstrüksiyon	112	38.4
İntraktabilite	96	32.9
Kanama	78	26.7
Perforasyon	6	2.0
Toplam	292	100.0

**Tablo 1!**  
**Uygulanan Ameliyat Türleri**

	Sayı	%
Vagotomi-Gastrojejunostomi	51	17.5
Vagotomi-Pilorooplasti		
Heineke-Mikulicz	30	10.3
Jaboulay	60	20.6
Finney	29	9.9
Vagotomi-Antrektomi	122	41.7
Toplam	292	100.0

**Tablo III**  
**Ameliyat Endikasyonu İle Atoni Arasındaki İlişki**

	Sayı	Atoni	%
Obstrüksiyon	112	17	15.2
İntraktabilite	96	8	8.3
Kanama	78	2	2.3
Perforasyon	6	—	—
Toplam	292	27	9.3

**Tablo - IV**  
**Ameliyat Türü İle Atoni Arasındaki İlişki**

	Sayı	Atoni	%
Vagotomi-Gastrojejunostomi	51	6	11.8
Vagotomi-Pilorooplasti			
Heineke-Mikulicz	30		
Jaboulay	60	8	13.3
Finney	29	3	10.4
Vagotomi-Antrektomi	122	10	8.3
Toplam	292	27	100.0

Tablo - 5

Reoperasyon İle Ameliyat Endikasyonu Arasındaki İlişki

	Atoni	Reop. Gerektiren	%
Obstrüksiyon	17	7	41.2 (7/17)
İntraktabilite	8	—	—
Kanama	2	—	—
Perforasyon	—	—	—
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>25.9 (7/27)</b>

## TARTIŞMA

Duodenal ülserin cerrahi tedavisinde ana ilke mide asit sekresyonunu azaltmaktır. Bu nedenle vagotomi (trunkal, selektif veya yüksek selektif) cerrahi tedavinin vazgeçilmez bir parçasıdır. TV-antrektomi günümüzde en düşük rekürrens oranına sahip bir ameliyat türü olarak görülmektedir. Ancak bazı vakalarda duodenum disseksiyonunun teknik olarak güçlük göstermesi nedeni ile bu yöntem her zaman uygulanamamaktadır. Aksi takdirde bu ameliyata bağlı erken, ciddi kompükasyonlarda ve roortalitede belirgin artış görülür. Bundan dolayı ülser nüksü biraz daha yüksek olmasına rağmen, bazı vakalarda bilatéral trunkal vagotomi-direnaj ameliyatları tercih edilmektedir (2, 3, 4).

Vagotomi direnaj ameliyatlarından sonra morbidite ve mortaliteyi arttıran kompükasyonlardan biri de uzamış gastrik atonidir. Postoperatif uzamış gastrik atoninin görülme oranı % 2-27,5 arasındadır (5, 6). Bizim vakalarımızda % 9.3 oranında bu komplikasyona rastlandı.

Ameliyat endikasyonuna bağlı olarak bu kompükasyonun görülme oranı değişmektedir. Obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilenlerde bu komplikasyon daha fazla görülmektedir (7). Bizim çalışmamızda obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilenlerde gastrik atoni insidansı diğer ameliyat endikasyonlarına oranla yüksek bulundu. Ayrıca bu komplikasyon nedeni ile yeniden ameliyata alınan hastaların tamamını obstrüksiyonlu hastalar oluşturmuştur.

Postoperatif uzamış gastrik atoni ile ilgili yayınlarda ameliyatın türü ile bu komplikasyon arasında ilişki gösterilmemiştir (7, 8). Çalışmamızda Jaboulay tipi gastroduodenostomiden sonra bu komplikasyona

belirgin olarak daha fazla rastlanmıştır. Ayrıca bu hastalarda reoperasyon ihtimalinin de daha yüksek olduğu görüldü. Jaboulay tipi gastroduodenostomiden sonra bu komplikasyonun fazla görülmesinin nedeni bilinmemektedir. Eldeki verilerle bu konuda fikir yürütme imkanına sahip değiliz. Fakat cerrahi tedavi endikasyonu obstrüksiyon olan hastalarda, bu komplikasyonun daha sık olarak görülmesini beslenme bozukluğu ile açıklayabiliriz. Duodenal ülserin sebep olduğu obstrüksiyon sonucu hastaların beslenmesi stenozun derecesine ve hastalığın süresine bağlı olarak bozulmaktadır. Hastalarda kilo kaybı ve plazma proteinlerinde düşme olmaktadır. Aynı nedenle, intestinal geçiş zamanı uzamakta ve mide boşalması gecikmekte, bunun sonucunda beslenme daha da bozulmaktadır (9).

Gastrik atoni ile beslenme arasındaki ilişki bizim çalışmamız sonucunda da dikkati çekmiştir. Atoni gelişen hastalarda tıbbi tedavi ile sonuç alınmadığı zaman bu hastalar tekrar ameliyata alınmış ve hepsine beslenme jejunostomi yapılmıştır. Jejunostomi yoluyla beslenmeye başlanan hastalardan biri hariç, diğerlerinde kısa süre içinde (7-10 gün) mide boşalması normale dönmüş ve ağızdan beslenmeye başlamışlardır.

Postoperatif uzamış gastrik atoninin obstrüksiyon nedeni ile ameliyat edilenlerde sık görülmesi ve ameliyat sonrası beslenme problemi çözümlendiği zaman, gastrik boşalmanın normale dönmesi, bu komplikasyonun beslenme durumu ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular ışığında duodenal ülserli hastaların tedavisinde aşağıdaki noktaların gözönünde tutulmasında yarar olacağı kanısındayız:

a) Hastalar duodenal ülser obstrüksiyona yol açmadan önce ameliyat edilmelidirler,

b) Preoperatif dönemde beslenme bozukluğu olan hastaların parenteral beslenme ile ameliyata hazırlanmaları uygundur.

c) Beslenme bozukluğu olan hastalarda postoperatif dönemde uzamış gastrik atoni ve diğer komplikasyonların insidansının yüksek olacağı düşünülerek, bu hastalara ilk ameliyatta beslenme jejunostomisi yapılmalıdır.

d) Postoperatif dönemde bu komplikasyon ile karşılaşıldığında, beslenmenin önemli bir faktör olduğu unutulmamalı ve parenteral yoldan hasta beslenmelidir. Parenteral beslenme imkanı bulunmayan veya yetersiz olduğu durumlarda beslenme amacı ile jejunostomi yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

Moody PG, JM Mc Greevy: in Schwartz, s. Principles of Surgery, McGraw Hill, New York, 1984, Vh. 26, pp.1128.

2. Nyhus LM, C Wastel: In Surgery of the Stomach and Duodenum, Third ed., Little Brown Co., Boston, 1977, Gh. 21, pp. 235-525.

3. Herrington JL: Truncal vagotomy with atrectomy. Surg. Clin. North Am. 56 : 1335, 1976.
4. Haerr SO: A review and evaluation of operative procedures used for chronic duodenal ulcer. Surg. Clin. North. Am. 56 :1289, 1976.
5. Donovan I, AJ Williams: Postoperative gastric retention and delayed gastric emptying. Surg. Clin. North. Am. 56 : 1413, 1976.
6. Roth JLA, F Villardell, H Affolter: Postvagotomy gastric stasis. Ann. NY Aco. Sei. 99 : 203, 1962.
7. Herman G, V Johnson: Management of prolonged gastric retention after vagotomy and drainage. Surg. Gynecol. Obstet. 130 : 1044, 1970.
8. Hunt JL: Postoperative gastric atony in obstructing peptic ulcers. Am. J. Surg. 138 : 835, 1979.
9. Newmark SR: The role of nutritional support in the treatment of gastrointestinal disease. Surg. Win. North Am. 59 : 761, 1979.