

CERRAHİ TEDAVİ GEREKTİREN DUODENAL ÜLSER HASTALIĞI (373 hastanın retrospektif analizi)

Dr. Kemal KARAKAŞ (x)
Dr. S. Selçuk ATAMANALP (xx)
Dr. Ertugrul ERTAŞ (xxx)
Dr. Y. Ziya YAMAK (xxxx)
Dr. Münip YILMAZ (xxxxx)

ÖZET:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1979-1988 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde, duodenal ülser hastalığı nedeniyle ameliyat edilen 373 hastanın kayıtları incelendi. Kayıtlar "ameliyat endikasyonu, ülserin yerleşimi, sayısı, büyüklüğü ve ameliyat çeşidi" yönünden değerlendirildi.

373 hastanın 159 u (% 42,6) duodenal ülser perforasyonu, 17 si (% 4,6) duodenal ülser kanaması ve 197 si (% 52,8) de kronik duodenal ülser (pilor stenozu ve penetrasyon dahil) nedeniyle ameliyat edildi.

Ülserin yeri belirlenebilen 363 hastadan 8 inde (% 2,2) ülser jukstapilorik iken 338 inde (% 93,1) ülser duodenum birinci kısmında 17 sinde (% 4,7) de ikinci kısmındaydı. Ülser sayısı 368 hastada (% 98,7) tek iken 5 hastada (% 1,3) birden 'azlaydı. Ülserin büyüklüğü belirlenebilen 32 hastadan 3 üne (% 9,3) ülser 0,5 cm veya daha küçük, 15 inde (% 46,9) 0,5-1 cm arasında, 11 inde (% 34,4) 1-2 cm arasında, 3 ünde (% 9,3) de 2 cm veya daha büyüktü.

Duodenal ülser perforasyonu için en çok tercih edilen ameliyat primer tamirdi (% 49,7). Duodenal ülser kanamasında en çok kullanılan ameliyatlara kanayan damarın ligasyonu+trunkal vagotomi+gastroenterostomi ile kanayan damarın ligasyonu+trunkal vagotomi+piloroplasti idi (sıra ile % 41,2 ve 35,3). Kronik

x Atatürk Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Yard. Doç.				
xx	"	"	"	Ana Bilim Dalı Araş. Gör.
xxx	"	"	"	Ana Bilim Dalı Yard. Doç.
xxxx	"	"	"	Ana Bilim Dalı Araş. Gör.
xxxxx	"	"	"	Ana Bilim Dalı Araş. Gör.

duodenal ülser için en çok tercih edilen ameliyat trunkal vagotomi+gastroenterostomi (% 47,9) olmakla birlikte ilk yıllarda en çok kullanılan ameliyat distal subtotal gastrektomi+gastroenterostomi (% 95,6) iken son yıllarda süper selektif vagotomi de, önemli ölçüde (% 20,0) kullanılmıştır.

GİRİŞ :

İnsan hayatında önemli bir yer işgal eden sindirim sistemi hastalıklarının % 3-15 ini mide ve duodenum hastalıkları, bunların da % 2,5-3 ünü ülserler meydana getirmektedir. Diğer bir deyişle insanların % 10 u hayatlarının herhangi bir döneminde peptik ülser hastalığına maruz kalırlar(11).

Duodenal ülseri olan hastaların % 2-5 inde perforasyon, % 18-24 ünde kanama komplikasyonları nedeniyle cerrahi tedavi gerekir(11). Kronik duodenal ülseri olan hastaların ise % 20 si cerrahi tedaviyi gerektirirler(4). Bu, duodenal ülseri olan hastaların önemli bir kısmının cerrahi tedavi gerektirdiği anlamına gelmektedir. İşte bu nedenle cerrahi tedavi gerektiren ve anabilim dalımızda son 10 yıl içinde cerrahi tedavi gören hastaların kayıtlarını retrospektif olarak çeşitli yönleriyle inceledik ve literatür bilgileri ile karşılaştırdık.

MATERYAL VE METOD:

Bu çalışmanın materyalini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 1.1.1979-31.12.1988 tarihleri arasındaki 10 yıllık dönemde duodenal ülser ve komplikasyonları nedeniyle ameliyat edilen 373 hasta oluşturmaktadır.

Bu hastaların kayıtları, retrospektif olarak incelendi. Kayıtlar şu yönlerden değerlendirildi: 1- Ameliyat endikasyonu; Perforasyon, kanama ve kronik duodenal ülser (pilor stenozu ve penetrasyon dahil) olmak üzere üç kısma ayrıldı. Bu üç endikasyon için ayrı ayrı ve ayrıca hepsi için birlikte olmak üzere aşağıdaki özellikler değerlendirildi. 2-Ülserin duodenumdaki yerleşimi. 3-Ülserin sayısı. 4- Ülserin büyüklüğü ve ayrıca perforasyonu olan hastalarda perforasyon büyüklüğü 5- Ameliyat çeşidi.

SONUÇLAR :

1979-1988 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde duodenal ülser hastalığı nedeniyle 373 hasta ameliyat edildi. 159 hastada (% 42,6) ameliyat endikasyonu duodenal ülser perforasyonu, 17 hastada (% 4,6) duodenal ülser kanaması ve 197 hastada (% 52,8) da kronik duodenal ülser (pilor stenozu ve penetrasyon dahil) nedeniyle kondu. İki hastada (% 0,5) da ameliyat gerektiren kanama ve perforasyon komplikasyonları aynı veya yakın zamanda ortaya çıktı.

Kayıtlardan ülserin yeri belirlenebilen 363 hastadan 8inde (% 2,2) ülser jukstapilorik yerleşimli iken 338 hastada (% 93,1) ülser duodenum birinci kısmında ve 17 hastada (% 4,7) da duodenum ikinci kısmında yerleşmişti. Ülser sayısı 368 hastada (% 98,7) tek iken 5 hastada (% 1,3) iki olarak bulundu. Bu 5 hastadan 3 ünde ülserler, öpüşen tarzda duodenum ön ve arka yüzlerinde yerleşmişken 2 sinde de her iki ülser duodenumun ön yüzündeydi.

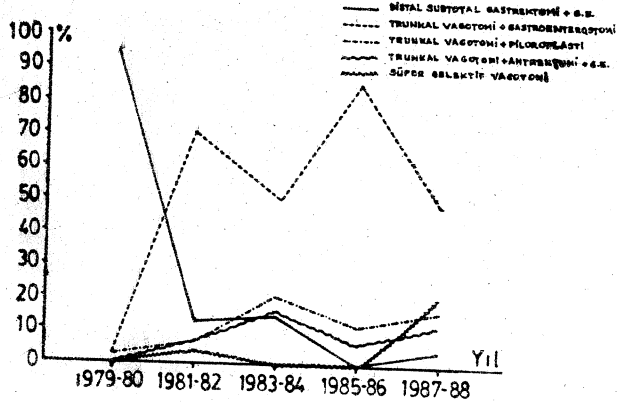
Duodenal ülser perforasyonu nedeniyle ameliyat edilen 159 hastadan 153 ünde (% 96,2) ülser duodenum birinci kısım ön yüzde, 2 sinde (% 1,3) birinci kısım arka yüzde ve 4 ünde (% 2,5) de ikinci kısım ön yüzdeydi. Perforasyon büyüklüğü 134 hastada (% 84,3) 0,5 cm veya daha küçük, 8 hastada (% 5,0) 0,5-1 cm arasında ve 17 hastada (% 10,7) da 1 cm veya daha büyük bulundu. Duodenal ülser perforasyonu için en çok tercih edilen ameliyat primer tamir olup 79 hastaya (% 49,7) uygulanmıştı. Ayrıca 32 hastaya (% 20,1) primer tamir+trunkal vagotomi+piloropilasti, 44 hastaya (% 27,3) primer tamir+trunkal vagotomi+ gastroenterostomi, 3 hastaya (% 1,9) distal subtotal gastrektomi+gastroenterostomi ve 1 hastaya (% 0,6) da primer tamir+süper selektif vagotomi uygulandı.

Duodenal ülser kanaması nedeniyle ameliyat edilen 17 hastadan 14 ünde (% 82,4) ülser duodenum birinci kısım arka yüzde, 2 sinde (% 11,7) birinci kısım ön yüzde ve 1 inde (% 5,9) ikinci kısım arka yüzdeydi. Bu gruptaki 6 hastaya (% 35,3) kanayan damarın ligasyonu+trunkal vagotomi+piloropilasti, 7 hastaya (% 41,2) kanayan damarın ligasyonu+trunkal vagotomi+gastroenterostomi, 1 hastaya % 5,9) trunkal vagotomi+antrektomi+gastroenterostomi ve 3 hastaya (% 17,6) da distal subtotal gastrektomi+gastroenterostomi ameliyatlari uygulandı.

Kronik duodenal ülser nedeniyle ameliyat edilen 197 hastadan 187 sinde ülserin yeri kayıtlardan belirlenebildi. Bu hastalardan 167 sinde (% 89,3) ülser duodenum birinci kısmında, 12 sinde (% 6,4) ikinci kısmında ve 8 inde (% 4,3) jukstapilorik yerleşimli idi. Ön veya arka yüze yerleşim bu hastalardan 112 sinde belirlenebildi. 77 hastada (% 68,7) duodenum birinci kısım ön yüzde, 26 hastada (% 23,2) birinci kısım arka yüzde, 2 hastada (% 1,8) ikinci kısım ön yüzde ve 7 hastada (% 6,3) ikinci kısım arka yüzde ülser vardı. Ülser, büyüklüğü belirlenebilen 32 hastadan 3 ünde (% 9,3) 0,5 cm veya daha küçük, 15 inde (% 46,9) 0,5-1 cm arasında, 11 inde (% 3,4) 1-2 cm arasında ve 3 ünde (% 9,3) de 2 cm veya daha büyüktü.

Son gruptaki hastalar için en çok kullanılan ameliyat trunkal vagotomi+ gastroenterostomi olup 94 hastaya (% 47,9) uygulanmıştı. Ayrıca 23 hastaya (% 11,7) trunkal vagotomi+piloropilasti, 16 hastaya (% 8,1) trunkal vagotomi+ antrektomi+gastroenterostomi, 58 hastaya (% 29,5) distal subtotal gastrektomi+ gastroenterostomi 6 hastaya (% 3,0) da süper selektif vagotomi uygulandı. Bu gruptaki hastalara uygulanan ameliyatlari ikişer yıllık periyodlara göre değerlendirildiğinde (Şekil-1)

ilk yıllarda vakaların tamamına yakınında distal subtotal gastrektomi+gastroenterostomi uygulanırken daha sonra trunkal vagotomi+gastroenterostomi ile trunkal vagotomi+piloroplasti'nin daha çok uygulandığı, son iki yılda ise bu iki ameliyat yanında süper selektif vagotominin de önemli ölçüde kullanıldığı görüldü.



Şekil-1: Kronik duodenal ülser nedeniyle yapılan ameliyatlara göre dağılımı.

TARTIŞMA :

Araştırmamızda, duodenum birinci kısmında yerleşen ülser oranı % 93,1; ikinci kısmında yerleşen ülser oranı ise % 4,7 bulunmuştur. Literatürde de benzer şekilde duodenal ülserlerin % 95 inin pilordan sonraki ilk 2-3 cm lik kısımda, yani duodenal bulbusta yerleştiği ve duodenum ikinci kısmında ülser bulunmasının az ve alışılmamış bir durum olduğu bildirilmiştir(4,7,11,12).

Akata ve Ulugay (1,11), duodenumda yerleşen ülser sayısının yüksek oranda tek olduğunu ve çok sayıda olduğu durumlarda Zollinger Ellison Sendromunu düşündürmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Bizim araştırmamızda tek ülser oranı % 98,7 bulunurken % 1,3 oranında ülser sayısı iki olarak bulundu ve bu sonuç yukarıdaki kaynak bilgilerine uygun olarak değerlendirildi.

Duodenal ülserin sık görülen komplikasyonlarından biri perforasyondur. Perforasyon genellikle duodenum ön duvarındaki ülserden kaynaklanır. Duodenum ön duvarında koruyucu bir organ olmaması ve ayrıca büyük bir kan damarının bulunmaması nedeniyle ön duvar ülserleri kanamadan çok delinmeye meyillidirler. Bu duvardaki ülserler yaptıkları harabiyet sonucu ön duvarın katlarını aşırırlar ve omentum majus ile diğer komşu organlarca kapatılmadıkları takdirde duvarı delerek duodenum lümeni ile peritoneal boşluğun birleşmesine yani perforasyona neden olurlar(1,4,8,10,11,12) Biz araştırmamızda hastalardan % 42,6 sının

duodenal ülser perforasyonu nedeniyle ameliyat edildiğini bulduk. Bu hastalarda ülser % 98,7 oranında ön duvarda tesbit edilirken yalnızca % 1,3 oranında arka duvarda bulundu. Bu sonuç, Akata, Bumin, Moody, Ulugay ve Way (1,4,8,11,12). in bilgilerine uygunluk göstermektedir. Perforasyon büyüklüğü Akata (1) tarafından genellikle kuşgözü büyüklüğünde tarif edilmiş olup biz de bu bilgiyle paralel olarak hastaların (% 84,3) ünde pertorasyonu 0,5 cm veya daha küçük bulduk.

Duodenal ülser perforasyonunda uygulanan ameliyatlar iki şekilde olabilir; yalnızca primer tamir veya primer tamirle birlikte definitif bir ameliyat. Genel durumu bozuk, yaşlı, geç gelmiş riskli hastalarda primer tamir uygulanırken, düşük riskli hastalarda ve ayrıca uzun seyirli, infiltrate ve pilor darlığı da yapmış ülserlerde primer tamir yanında, definitif işlem de tercih edilir. Definitif ameliyat olarak en çok; trunkal vagotomi+piloropilasti veya süper selektif vagotomiden söz edilir(1,2,3,4,5,9,10). Biz araştırmamızda kliniğimizde bu klasik bilgilere uygun olarak ameliyat çeşidine karar verildiğini gördük. Hastaların yarısına yakınında (% 49,7) primer tamir ameliyatı uygulanırken geri kalan kısmına primer tamire ek olarak definitif bir ameliyat uygulandığı ve bunların içinde en çok trunkal vagotomi+gastroenterostomi ile trunkal vagotomi+piloropilastinin tercih edildiğini gördük.

Duodenal ülser kanaması, duodenal ülserin en sık görülen komplikasyonudur. Kanamanın, perforasyonun yaklaşık iki katı oranında görüldüğü, duodenal ülser hastalığından ölümlerin % 40 ınında kanama nedeniyle olduğu bildirilmiştir (8,10,12). Biz hastalarımızdan % 4,6 sının kanama nedeniyle ameliyat edildiğini bulduk. Duodenal ülser kanamalarının önce tıbbi tedavi ile düzeltilmeye çalışıldığı ve ancak % 10 vakanın cerrahi müdahale gerektirdiği (1,4,7,11) düşünülürse bulduğumuz bu oranın literatür bilgilerine uygun olduğu görülebilir. Kanama genellikle duodenum arka duvarındaki ülserden kaynaklanır. Duodenum arka duvarı abondan bir kan damarı ağına sahiptir. bu nedenle arka duvar ülserleri kanamaya meyillidirler. Arka duvar ülserleri zamanla derinleşerek gastroduodenal arter veya daha az oranda pankreatikoduodenal arter dallarından birini açıp kanamaya neden olurlar. Kanama çoğu kez bu şekilde massif arteriyel kanama şeklinde olurken bazen de ülser civarındaki iltihaplı ve konjesyone mukozadaki kapiller damarlardan sızma şeklinde olur (1,8,10,11,12). Biz araştırmamızda duodenal ülser kanaması nedeniyle ameliyat edilen hastalardan % 88,3 ünde ülseri duodenum arka yüzünde, % 11,7 sinde ön yüzde bulduk. Bu sonuç, literatür bilgilerine uymaktadır.

Duodenal ülser kanamalarının cerrahi tedavisinde yapılacak işlem süratle kanama yerini tesbit edip uygun sütürlerle kanamanın durdurulmasıdır. Bundan sonra yapılacak işlem trunkal vagotomi+drenaj veya trunkal vagotomi+distal subtotal gastrektomidir(1,2,10). Biz araştırmamızda kanayan damarın ligasyonu ile birlikte trunkal vagotomi+drenaj işleminin hastaların % 76,5 ine yapıldığını,

geri kalan hastalara ise vagotomili veya vagotomisiz distal mide rezeksiyonu yapıldığını bulduk.

Kronik duodenal ülser (pilor stenozu ve penetrasyon dahil) nedeniyle ameliyat edilen hastalarımız ise tüm hastaların (% 52,8) ini meydana getirmekteydi. Bu hastalardan ülserin yeri belirlenebilen 187 hasta içinde %89,3 ünde duodenum birinci kısım, % 6,4 ünde ikinci kısım lokalizasyonu tesbit ettik. Bu bilgiyi de literatür bilgilerine uygun bulduk. Ön veya arka duvara yerleşimi tesbit edilebilen 113 hasta içinde % 70,5 oranında ön yüzde, % 29,5 oranında arka yüzde lokalizasyon tesbit ettik ve bu sonucu "ülserler genellikle duodenum ön ve arka yüzüne yerleşir" şeklindeki literatür bilgilerine (4) uygun bulduk. Ülser büyüklüğünü belirleyebildiğimiz hastaların % 91,7 sinde ülser 2 cm veya daha küçük olup bu bilgiyi de "duodenal ülserler gastrik ülserlerden küçük olup çoğunlukla 25 mm den küçüktürler" şeklindeki literatür bilgilerine (4,7,11) uygun bulduk.

Kronik duodenal ülserlerin tümü için uygulanacak tek ve ideal bir ameliyat yoktur. Cerrah kendi tecrübesi yanında, hastanın psikik durumu, ülser yapmaya meyli, beslenme ve genel durumunu ve ayrıca ülserin yerleşimi ile ameliyatın emniyetini (mortalite ve morbiditesini) göz önüne alarak uygun olan ameliyatı seçer (1,4,10,11). Böyle olunca çok sayıda ameliyat çeşidi ortaya çıkmış olup çok sayıda literatürde her bir ameliyatın seçilme nedenleri, avantaj ve devzavantajları irdelenmiş ve birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Biz, konunun derinliğine inmeden kliniğimizde yapılmış olan ameliyatlara araştırdığımızda; son 10 yılın ilk yıllarında en çok tercih edilen ameliyatın, subtotal gastrektomi+gastroenterostomi olduğunu, sonraki yıllarda trunkal vagotomi+gastroenterostomi ve trunkal vagotomi+pilopilastinin daha çok kullanıldığını, son 2 yıl içinde de ise bu iki ameliyat yanında, süper selektif vagotominin de önemli ölçüde kullanıldığını gördük.

Duodenal ülser hastalığında kanama ve perforasyon komplikasyonlarının bir arada görülmesi nadir olmayan bir durumdur. Dasmahapatra ve ark. (6), bu iki komplikasyonu ayrı ayrı zamanlarda % 20, aynı zamanda % 9,9 oranında gördüklerini bildirmişlerdir. Baker ise bu oranları sıra ile % 26,8 ve % 0,8 olarak bildirmiştir(6). Biz araştırmamızda ayrı ayrı zamanlarda kanama ve perforasyon kombinasyonunun görülme sıklığını değerlendirmedik. Aynı ve yakın zamanda bu iki komplikasyonun görülme sıklığını ise % 0,5 olarak bulduk.

Sonuç olarak cerrahi tedavi gerektiren duodenal ülserli hastaları irdelediğimiz bu araştırmada, değerlendirdiğimiz yönleriyle, bulgularımızın büyük ölçüde literatür bilgileri ile uygunluk gösterdiğini gördük.

SUMMARY :

DUODENAL ULCER DISEASE THAT REQUIRES SURGICAL TREATMENT

(Retrospective analysis of 373 patients)

The registrations of 373 patients that operated for duodenal ulcer disease in Atatürk University Medical Faculty General Surgery Department between 1979-1988 were reviewed. The registrations were evaluated from the "operation indication, localization, number and bulkiness of ulcer , and operation kind" points of view.

Of 373 patients, 159 (% 42,6) were operated because of duodenal ulcer perforation, 17 (% 4,6) duodenal ulcer hemorrhage and 197 (% 52,8) chronic duodenal ulcer (including pyloric stenosis and penetration).

Of 363 patients that the localization of ulcer could be determined, in 8 (% 2,2) the ulcer was juxtapyloric, in 338 (% 93,1) it was in the first part of duodenum, in 17 (% 4,7) in the second part. The ulcer number was single in 368 patients (% 98,7), it was multiple in 5 patients (% 1,3). Of 32 patients that the bulkiness of ulcer could be determined, in 3 (% 9,3) it was equal or smaller than 0,5 cm, in 15 (% 46,9) between 0,5-1 cm, in 11 (% 34,4) between 1-2 cm and in 3 (% 9,3) equal or greater than 2 cm.

The most preferred operation for duodenal ulcer perforation was primer closure (% 49,7) . The most used operations for duodenal ulcer hemorrhage were ligation of bleeding vessel, truncal vagotomy, gastroenterostomy (% 41,2), and ligation of bleeding vessel, truncal vagotomy, pyloroplasty (% 35,3). The most preferred operation for chronic duodenal ulcer was truncal vagotomy and gastroenterostomy (% 47,9). The most used operation was distal subtotal gastrectomy and gastroenterostomy (% 95,6) in the first years, in spite of this, high selective vagotomy had been used in great amounts (% 20,0) in the recent years.

KAYNAKLAR :

- 1- Akata: O: Cerrahi, 1. baskı, Ankara, Yargıçoğlu Matbaası 1981, s. 359, 362,761-9.
- 2- Bernet KG: Is duodenal ulcer perforation best treated with vagotomy and pyloroplasty. Ann Surg 150: 743-7, 1985.
- 3- Boey J et al; Risk stratification in perforated duodenal ulcers. Ann Surg 205: 23-6, 1987.
- 4- Bumin O: Sindirim Sistemi Cerrahisi, 5. baskı. Ankara, Güven Kitabevi 1978, s. 124, 148-60, 174.

- 5- Christensen A: Incidence of perforated and bleeding peptic ulcers before and after the introduction of H2 receptor antagonists. *Ann Surg* 207: 4-6, 1987.
- 6- Dasmahapatra KS, Suval W, Machiedo GW: Unsuspected perforation in bleeding duodenal ulcers. *Ann Surg* 12: 19-21, 1988.
- 7- Krupp MA, Chatton MJ: *Current Medical Diagnosis and Treatment*, 19 th edition, California, Lange Medical Publications 1980, p. 359-63.
- 8- Moody FG, Mc Greevy JM: Stomach, in Schwartz SI (ed): *Principles of Surgery*, 4 th edition, Singapore, Mc Graw-Hill Book Company 1985, p. 1124-9.
- 9- Sawyers JL, Herrington JL et al: Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and suture plication. *Ann Surg* 185: 656, 1977.
- 10- Thompson JC: The Stomach and Duodenum, in Sabiston DC (ed): *Textbook of Surgery* 11 th edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company 1977, p. 908-14.
- 11- Ulugay İ: *Gastroenteroloji*, İstanbul, Sermet Matbaası 1977, s. 96-122.
- 12- Way LW: *Current Surgical Diagnosis and Treatment*, 6 th edition, California, Lange Medical Publications 1983, p. 443, 459, 463.