

DUODENAL ÜLSER AMELİYATLARINDAN SONRA GÖRÜLEN ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLARI

Erdoğan Mütevellî Sözüer*, Ahmet Dağlı*, Rasim Torun***, Aydın Otçu****, Abdullah Sağlam*

Özet: Şişli Etfal Hastanesi II.Cerrahi Kliniğinde 1979-1989 yılları arasında duodenal ülser nedeni ile opere edilen 228 hasta erken postoperatif komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Hastaların 201'i (%88.15) erkek, 27'si (%11.85) kadındır. Subtotal gastrektomi yapılan 197 hastada, %35.5 oranında komplikasyon, %4 oranında mortalite tespit edildi. Bilateral Trunkal Vagotomi (BTV)+Heineke Mikulicz Pilonoplastisi (HMP) uygulanan 19 hastadan 2'sinde (%10.5) diyare görüldü, mortalite tespit edilmedi. BTV+Gastrojejunostomi (GJ) ve BTV+Antrektomi+GJ yapılan hastalarda hiçbir komplikasyon ve mortalite görülmedi. Tüm hastalar gözönüne alındığında, toplam komplikasyon oranı %31.5, mortalite oranı ise %1.7 olarak tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Subtotal gastrektomi, Duodenal ülser cerrahisi

Early postoperative complications in the duodenal ulcer surgery

Summary: Two hundred eightyeight patients who were operated for duodenal ulcer, in Şişli Etfal Hospital, between 1979 and 1989, have been reviewed for the postoperative complications. Two hundred one of the patients were men and the 27 were women. In 197 patients Subtotal Gastrectomy was performed, with a complication rate of 35.5% and with a mortality rate of 4%. Among 19 patients in whom Bilateral Truncal Vagotomy (BTV)+Heineke Mikulicz Pyloroplasty (HMP) had been performed, only 2 cases (10%) of complication but no mortality was observed. Neither any complication nor mortality was present in patients treated by BTV+Gastrojejunostomy (GJ), and BTV+Antrectomy+GJ. The overall early postoperative complication and mortality rates were 31.5, and 1.7 respectively.

Key words: Subtotal Gastrectomy, Duodenal ulcer surgery

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** Şişli Etfal Hastanesi II.Cerrahi Kliniği Asistanı

*** Şişli Etfal Hastanesi II.Cerrahi Kliniği Şefi

**** Şişli Etfal Hastanesi II.Cerrahi Kliniği Şef Muavini

Duodenal ülserler son yıllarda medikal olarak başarılı şekilde tedavi edilmektedir. Özellikle H2 reseptör antagonistlerinin yaygın olarak kullanılmaya başlamasından buyana ülser ameliyatları sayısında belirgin bir azalma olmuştur. Buna karşılık, pilor stenozu, penetrasyon, kanama, inkraktibilite gibi komplikasyonlar nedeni ile veya sosyal endikasyonla, cerrahi kliniklerinde duodenal ülser ameliyatları yapılmaktadır.

Bu ameliyatlar dünyada ve ülkemizde düşük mortalite ve morbidite oranları ile yapılmaktadır. Fakat postoperatif görülen komplikasyonlar genellikle hastayı ve cerrahi uğraştırıcı hatta bezdiricidir. Hele bu komplikasyon reoperasyon gerektiriyorsa, hastayı ikinci defa operasyona ikna etmek çok zor mümkün olmaktadır. Bu nedenle kliniğimizde duodenal ülser nedeni ile yaptığımız çetıştli operasyonları ve erken postoperatif dönemde görülen komplikasyonları gözden geçirmek istedik.

Materyal ve Metod

1979-1989 yıllar arasında Şişli Etfal Hastanesi II. Cerrahi Kliniğinde duodenal ülser nedeni ile opere edilen ve dosyalarında yeterli bilgi bulunan 228 hasta, çalışmamızın materyalini oluşturmuştur. Hastalar yaş, cins, uygulanan operatif teknikler, erken postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar ve mortalite yönünden değerlendirilmiştir.

Hastaların 201'i erkek (%88.15), 27'si (%11.85) kadındır. Yaş ortalaması 38.1 olan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo I'de görülmektedir.

Tablo I. Hastaların Yaş Gruplarına ve Cinsine Göre Dağılımları

Yaş Gurubu	Cins				Toplam	%
	Erkek	%	Kadın	%		
10-19	14	6.14	-	-	14	6.14
20-29	53	23.24	3	1.31	56	24.56
30-39	55	24.12	9	3.94	64	28.07
40-49	44	19.29	6	2.63	50	21.92
50-59	24	10.52	6	2.63	30	13.5
60-69	9	3.94	2	0.87	11	4.82
70 ve üzeri	2	0.87	1	0.43	3	1.31
Toplam	201	88.15	27	11.85	228	100.00

Tablo II'de hastalara uygulanan operatif filmler gösterilmiştir. Tablodan anlaşıldığı gibi, servisimizde duodenal ülser için yapılan ameliyatlarda içerisinde Subtotal gastrektomi+Bilroth II tarzında retrokolik anizoperistaltik gastrojejunostomiler birinci sıradadır.

Tablo II. Hastalara Uygulanan Ameliyat Metodları

Uygulanan Ameliyat	Vaka Sayısı	%
Subtotal gastrektomi+Bilroth II (Polya, retrokolik, anizoperistaltik)	168	73.68
Subtotal gastrektomi+Bilroth II (Polya, antekolik, izoperistaltik)	29	12.72
BTV+HMP	19	8.33
BTV+GJ (Antekolik, antegastrik, izoperistaltik)	9	3.94
BTV+Antrektomi+GJ (Hofmeister Finsterer, antekolik, izoperistaltik)	3	1.31
Toplam	228	100.00

Subtotal gastrektomi yapılan 197 hastanın 70'inde (%35.5) toplam 85 komplikasyon görülmüştür (Tablo III). Bu hastaların postoperatif hastanede kalma süreleri, komplikasyon görülenlerde ortalama 16.5 gün, komplikasyon görülmeyenlerde ise 11 gündür. Mortalite oranı 8 hasta ile %4 olarak tespit edilmiştir.

Hastalarımızın 19'una (%8.33) BTV+HMP uygulanmıştır. Bu gruptaki hastaların 2'sinde postoperatif erken dönemde diyare görülmüş, başka bir komplikasyon ve mortalite tespit edilmemiştir. Bu hastaların hastanede kalma süreleri ortalama 6.5 gündür.

BTV+GJ yapılan 9 hastanın hiçbirinde komplikasyon veya mortalite gözlenmemiştir. Bu hastaların postoperatif hastanede kalma süreleri ortalama 6.5 gündür.

Tablo II'de görüldüğü gibi 3 hastaya BTV+Antrektomi+GJ yapılmıştır. Bu hastaların postoperatif hastanede kalma süreleri ortalama 8.5 gün olup, herhangi bir komplikasyon veya mortaliteye rastlanmamıştır.

Tablo III. Subtotal Gastrektomi Yapılan Hastalarda Görülen Erken Postoperatif Komplikasyonlar

Görülen Komplikasyon	Vaka Sayısı(n0197)	%
Stumpf atması	22 (4'ü eksitus)	11.16
Yara enfeksiyonu	21	10.65
Üst solunum yolu enfeksiyonu	14	7.1
İntralüminal kanama	8 (2'si eksitus)	4
Diyare	5	2.53
Mide retansiyonu	4	2.03
Afferent ans sendromu	3	1.52
Paralitik ileus	2	1.01
Subdiafragmatik abse	2 (1'i eksitus)	1.01
Ekstralüminal kanama	2 (1'i eksitus)	1.01
Üriner sistem enfeksiyonu	1	0.5
Tromboflebit	1	0.5

Tartışma

Duodenal ülserin cerrahi tedavisinde uygulanan ameliyat tipleri ile ilgili değişik görüşler mevcuttur.Bu ameliyatların hepsinin kendine göre avantajları ve dezavantajları vardır.Ameliyat teknikleri ile ilgili olarak değişik merkezlerden farklı komplikasyon ve mortalite oranları bildirilmektedir.

Kliniğimizde son 10 yılı aşkın bir süre içinde yapmış olduğumuz duodenal ülser ameliyatlarının gözden geçirilmesinde,Subtotal gastrektomilerden sonra görülen erken komplikasyonların nispeten yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır.Vagotomi+Drenaj ameliyatları ise,minimal komplikasyon ile ve mortalitesiz seyretmiştir.

Çalışmamızda en sık rastlanan komplikasyon duodenal stumpf atmasıdır.Bu,subtotal gastrektomiden sonra görülen en önemli komplikasyondur.Olay kontrol altına alınamaz ve jeneralize safra peritoniti meydana gelirse,sepsise yol açarak yüksek mortalite oranlarına sebep olur.SG yapılan hastalarda,duodenal stumfa aşırı dikiş konması,pankreas yatağından kanama,postoperatif pankreatit,lokal enfeksiyon gibi nedenlerle meydana gelebilen stumpf atması,vakalarımızın 22'sinde (%11.16) görülmüştür.Bu komplikasyon çeşitli serilerde %1-3 arasında bildirilmektedir (2,3,4).Anastomozun anterior veya posterior yapılmasının duodenal stumpf atmasında bir rolü yoktur.Stephen ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada bunu belirtmişlerdir (13).

Duodenal stumf atmalarında mortalitenin %45'in üzerinde olduğu rapor edilmektedir (12). Biz bu komplikasyon gelişen hastalarımızın 4'ünü (%18) kaybettik. Çalışmamızda duodenal stumf atması genel literatüre göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun muhtemel sebebi vakaların önemli bir kısmının, pilor stenozlu ve zor duodenal stumflu hastalar olması olabilir. Buna karşılık, bu komplikasyon nedeni ile eksitus olan hastaların oranı literatüre göre düşüktür. Bunu uyguladığımız enerjik medikal tedaviye ve çok yakın takibe bağlamaktayız. Duodenal stumf kaçığı olan tüm hastalara konservatif, medikal tedaviler uygulanmıştır.

Yara enfeksiyonları, hastalarımızda en sık karşılaştığımız ikinci komplikasyon olmuştur (%10.65). Literatürde duodenal ülser ameliyatlarından sonra yara enfeksiyonu oranı %9-12 arasında bildirilmektedir (4,14). Özellikle pilorstenozlu hastalarda, hipoproteinemiye bağlı olarak %3'ün üzerinde yara evantrasyonu oranı rapor edilmektedir (3). Vakalarımızda yara enfeksiyonu haricinde, evantrasyon, evisserasyon gibi problemler görülmemiştir.

Subtotal gastrektomilerden sonra görülen komplikasyonlardan birisi de intralüminal ve ekstralüminal kanamalardır. Çalışmamızda, intralüminal kanama tespit edilen 8 hastanın 2'si, ekstralüminal kanama meydana gelen 2 hastanın 1'i kaybedilmiştir. Ekstralüminal kanama için literatürde bildirilen oranlar %0.22-1 arasında değişmektedir (3,4). Ekstralüminal kanamanın teşhisinde, batına yerleştirilen drenler bize yol gösterici olmuştur. Vakalarımızda ekstralüminal kanama, midenin iskeletizasyonunda yapılan bağlamalarda meydana gelen düğüm açılmaları sonucu gelişmiştir.

Intralüminal kanama komplikasyonu literatürde %1-3 oranında bildirilmektedir (1,4,5,8,9). Welch, 1068 vakalık serisinde postoperatif intralüminal kanama oranını %2.9 olarak rapor etmektedir (15). Serimizde bu oran %4 tür. Bu oranın literatüre göre yüksek olmasının sebebi, gastrojejunostomi anastomozunun klemp altında yapılmış olması olabilir. Klemp altında anastomoz yapıldığında, kanamalar dikkati çekmemekte, daha sonra klemp açıldığında ise kanama odakları anastomozun içinde kalabilmektedir. Bu komplikasyonu azaltmak için, son zamanlarda açık anastomoz tekniği uygulanmıştır. Diğer taraftan intra veya ekstralüminal kanama komplikasyonunun gelişmesinde, anastomozun Polya veya Hofmeister Finsterer şeklinde yapılmış olmasının hiçbir etkisi yoktur. Kanamadan genellikle dikkatli yapılmayan hemostaz ve kötü uygulanan cerrahi teknik sorumludur.

Gastrik retansiyon, duodenal ülser ameliyatlarından sonra görülen can sıkıcı komplikasyonlardan biridir. Peptik ülser cerrahisinden sonra, midenin yeterince boşalamaması olarak bilinen gastrik retansiyon, çoğunlukla postoperatif 1-14. günler arasında görülür. Bu komplikasyonun görülme sıklığı literatürde %2-2.8 arasında bildirilmektedir (6,7,10). Daha önce yaptığımız ve 386 hastayı içeren bir çalışma grubunda, gastrik retansiyon görülme oranını %3.1 olarak tespit etmişiz (11).

Gastrik retansiyondan, distal stomanın darlığı, anastomozda ödematöz şişme, internal herniasyon, jejunum invaginasyonu, anastomozun dönmesi gibi mekanik nedenler veya vagal denervasyon sorumlu tutulabilir. Hastalarımızın

4'ünde (%1.7) gastrik retansiyon problemi görülmüştür.Bu komplikasyon ameliyattan sonra ortalama 4. gün ortaya çıkmıştır ve sadece subtotal rezeksiyon yapılan hastalarda görülmüştür.Subtotal gastrektomi yapılan hastalar için gastrik retansiyon görülme oranı %2.03 olarak bulunmuştur.Gastrik retansiyon görülen hastaların hepsi ortalama 5 gün nazogastrik dekompresyon,intravenöz yeterli mayi ve elektrolit verilmesi ile medikal olarak tedavi edilmişlerdir.Hastalarımızda meydana gelen gastrik retarsiyonun stomada gelişen ödeme bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Afferent ans sendromu,duodenal ülser ameliyatlarından sonra nispeten daha az görülmekte ve insidens literatürde %0.5 ile %2 arasında bildirilmektedir (2,16).Çalışmamızda rezeksiyonlu veya rezeksiyonsuz gastrojejunostomi yapılan hastaların 3'ünde (%1.43) postoperatif ortalama 7. günde afferent ans sendromu gelişmiştir.Bu hastaların 3'üde SG+Polya tipi retrokolik anizoperistaltik anastomoz yapılan hastalardır.

Dikkat edilecek olursa,yukarıda anlatılan komplikasyonlar Subtotal rezeksiyonlardan sonra gelişmiştir.BTV+Drenaj ameliyatlarının komplikasyonları yok denecek kadar azdır ve mortalite "0" dır.Buna rağmen çalışmamızda Subtotal rezeksiyonların sayısının diğer ameliyatlara göre yüksek olması dikkat çekicidir.Bunun sebebi rezeksiyon ameliyatlarının daha önceki yıllarda çok sık uygulanmış olmasıdır.Ancak komplikasyonların bu denli fazla olması nedeni ile son yıllarda mide rezeksiyonlarının sayısında önemli miktarda azalma olmuş,BTV+Drenaj tekniği tercih edilmiştir.

Sonuç olarak; duodenal ülser cerrahisinde daha basit ameliyatların yapılmasını,aşırı mide büyümesine yol açmış kronik pilor stenozlu hastalarda Antrektomiyi öneriyoruz.Böylece hem erken postoperatif komplikasyonların ve mortalitenin hem de hastanede kalma ve iş gücü kaybı sürelerinin önemli derecede kısaltıldığına inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Bunte H: Frühkomplikationen nach Magenresektion und Gastrektomie Langenbecks. *Arch Chir* 334:929-1054,1971.
2. Doğru M:Ameliyat öncesi,Ameliyat,Ameliyat sonrası. Bölüm: 5, Ar Dağıtım, İstanbul 1981, ss 185-332.
3. Hardy JD:Complication of Gastric Surgery.In Artz CP,Hardy JD(eds): *Management of Surgical Complications*.Saunders Co. Philadelphia 1975, pp445-471.
4. Haring R,Berger G: Postoperative Complications and Postoperative Care.In: Becker HD,Herforth CH, Lierse W,Schreiber HW (eds):*Surgery of Stomach*. Springer-Verlag,Berlin 1986, pp 330-366.
5. Jex RK:Gastrointestinal Anastomoses. *Ann Surg* 206:138-142,1987.
6. John LH:Postoperative gastric atony in obstructing peptic ulcer. *Am J Surg* 138:835-838,1979.
7. Jordan GI :Severe problems with gastric emptying after gastric surgery. *Ann Surg* 177:660-664,1973.

1. Kolling G, Encke A: Die Postoperative Blutung in der Magenchirurgie Langenbecks. *Arc Chir* 318:281-286, 1967.
2. Peiper HJ: Intra und Postoperative Komplikationen in der Magenchirurgie Langenbecks. *Arc Chir* 322:177-184, 1968.
10. Shackelford RT, Zuidema GD: *Surgery of the Alimentary Tract*. Second Ed, Volume 2, WB Saunders Co, Philadelphia 1981, pp 354-362.
11. Sözüer EM, Arıtış Y, Bengisu N: Mide ameliyatlarından sonra görülen gastrik retansiyon. *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 7:331-340, 1985.
12. Stengel BF: The influence of prophylactic drainage on the results of duodenal stump perforation. *Surg Gynecol Obstet* 117:623-626, 1963.
13. Stephen G: Antecolic or retrocolic anastomoses in Bilroth II gastrojejunostomy. *Arch Surg* 113:735-739, 1978.
14. Way LW: *Stomach and Duodenum*. Lange Medical Publication, California 1983, pp 437-473.
15. Welch CE: Surgery of the stomach, gallbladder and bile ducts. *The New Eng J Med* 316:99-104, 1987.
16. Woodward ER: The Pathophysiology of afferent loop syndrome. *Surg Clin North Am* 46:411-423, 1966.