

**STRES ÜLSERLERİ (AKUT GASTRİK MUKOZAL LEZYONLAR)
40 VAKANIN KLİNİK ANALİZİ**

Dr. Ümit TOPALOĞLU*
Dr. Yücel ARITAŞ**
Dr. Metin ŞEN**
Dr. Nihat BENGİSU**
Dr. Yaşar YEŞİLKAYA**

ÖZET : 1977 - 1984 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına Akut Gastrik Mukozal Lezyon (AGML)'a bağlı üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran 40 hasta retrospektif olarak incelendi. Etiyolojide major abdominal operasyonlar ön planda gelmektedir. Medikal tedavi ile kontrol altına alınamayan % 63 hastada cerrahi girişim gerekli olmuştur. Cerrahi tedavide genellikle trunkal vagotomi + Subtotal gastrik rezeksiyon tercih edilmiştir. % 11.5 hastada cerrahi tedavi sonrası da kanama tekrarlamıştır. Komplikasyon oranı % 17.5 olup, daha ziyade yara infeksiyonuna bağlıdır. Total mortalite % 40'dır. Hastanın yaşının 40'ın üzerinde olması, hipovolemik veya septik şok mevcudiyeti ve 6 üniteyi aşan kan transfüzyonundan sonra operasyona başvurulması mortalite oranını arttıran en önemli faktörlerdir.

**STRES ULCERS (ACUTE GASTRIC MUCOZAL LESIONS)
ANALYSIS OF 40 CASES**

SUMMARY : 40 patients, who applied to The Department of General Surgery of Erciyes University Medical Faculty, between years 1977 and 1984, with upper gastrointestinal system bleeding due to Acute Gastric Mucosal Lesion (AGML) were examined retrospectively. In etiology, major abdominal operations take the first place. In 63 % of cases medical treatment was unsuccessful. Generally, truncal vagotomy with subtotal gastric resection

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

was preferred as surgical treatment. In 11.5 % of the patients, bleeding re - occurred after surgery. Complication ratio was found to be 17.5 %, most of which were wound infection. Total mortality is 40 %. Age over 40, presence of hypovolemic or septic shock and surgery after blood transfusions mostly more than 6 units, appear to be the most significant factors in increasing mortality.

KEY WORDS. stress ulcers

Akut üst gastrointestinal sistem (GİS) kanama nedenleri arasında ikinci sırayı stres ülserleri, bir diğer deyimle Akut Gastrik Mukozal Lezyonlar (AGML) alır (13). Çok değişik faktörlere bağlı olarak gelişebilen AGML'lar hayatı ciddi olarak tehdit edebilir. Kanamanın ani olarak başlaması, genellikle stres ülserine zemin oluşturan patolojinin mevcudiyeti, etkili tıbbi tedaviyi ve gerektiğinde acil cerrahi girişimi lüzumlu kılar (7). Genellikle mide ve duodenum mukozasında gelişen bu lezyonlarda hadise muskularis mukozaya tabakasında bulunduğu ve kısa süre içinde skar dokusu bırakmadan iyileştiklerinden hakiki insidenslerini saptamak güçtür. Buradaki çalışmamızda endoskopik olarak veya cerrahi eksplorasyon sırasında AGML tanısı alan hastalar çeşitli parametreler dahilinde retrospektif olarak incelenmektedir.

MATERYAL VE METOD : 1977 - 1984 yılları arasında kliniğimize Akut üst GİS kanaması nedeniyle başvuran ve tedavisi yapılan toplam 111 vaka içerisinde, kanama insidensi itibarıyla en büyük grubu 40 vaka ile (% 36.2) Akut Stres Ülserleri oluşturmaktadır. Bu patolojide etyolojik nedenler, tanı ve tedavi yöntemleri ile postoperatif komplikasyonlar ve mortalite oranları çalışmamızın kapsamını oluşturmaktadır.

BULGULAR : Hastaların yaşları 6 - 73 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 42'dir. Hastaların cinslere ve yaşlara göre dağılımını Tablo I'de gösterilmektedir.

TABLO I : AGM'LU VAKALARIN CİNS VE YAŞLARA GÖRE DAĞILIMI

Yaş Grubu	Sayı	
	Kadın	Erkek
1 - 9	1	2
10 - 19	1	3
20 - 29	1	6
30 - 39	3	2
40 - 49	3	6
50 - 59	1	6
60 - 69	2	1
70 - 79	—	2
Toplam	12 (% 30)	28 (% 70)

Vakaların yıllara göre dağılımı incelendiğinde % 67.5'unun 1981 yılına kadar görüldüğü tesbit edilmiştir. Son yıllarda Akut Stres Ülserlerine bağlı üst GİS kanamalar azalmıştır (Tablo II).

TABLO II : VAKALARIN YILLARA GÖRE DAĞILIMI

Yıl	Vaka Sayısı
1977	1
1978	4
1979	5
1980	9
1981	8
1982	6
1983	4
1984	3
Toplam	40

Preoperatif olarak tanı büyük oranda hikaye ve fizik muayene ile konulmuştur. 24 (% 60) hastaya ameliyat öncesinde endoskopik çalışma yapıldı. Mide kan pıhtıları ile dolu olduğu için 2 vakada endoskopi başarısız oldu. Endoskopi ameliyat bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde kanama yerini % 80 oranda doğru olarak göstermiştir.

En sık rastlanılan AGML nedeni majör abdominal operasyonlardır. Bunu aspirin takip etmektedir (Tablo III). AGML, genellikle midede peteşial kanamaya neden olan tek bir odak halinde olabileceği gibi, bazen hem mide, hem de duodenumda yaygın bir multipl yüzeysel kanama odakları şeklinde de kendisini göstermiştir.

TABLO III : ETYOLOJİK FAKTÖRLER

Etyolojik Faktör	Sayı	% (Yüzde)
Geçirilmiş abdominal operasyonlar	16	40.0
Aspirin	5	12.5
Alkol	4	10.0
Steroid	3	7.5
Kafa travması	2	5.0
Novalgin	1	2.5
Hydrochloric acid	1	2.5
Puerperal enfeksiyon	1	2.5
Açık prostatektomi	1	2.5
Pünomonektomi	1	2.5
Tesbit edilemeyen	5	12.5
Toplam	40	100.0

Akut gastrik mukozal lezyonlarda tedavinin başarısı Tablo IV de gösterilmektedir. AGML'a bağlı üst GİS kanamalı 40 hastanın 24 (% 60)'ünde kanama tedavi ile başarılı bir şekilde durduruldu. Cerrahi grupta başarı oranı daha yüksek gibi görünüyorsa da aslında bu hastaların hepsinde başlangıçta kanamayı durdurmak için konservatif tedavi denenmiştir. 10 (% 25) hastada cerrahi gerekmeden konservatif tedavi ile kanama durdu. 8 (% 20) hastada ise kanama hiç bir tedavi ile durdurulamadı. Konservatif tedavi olarak i.v tagamet 5x1 ampul/gün, buzlu su ile irrigasyon yapılmakta, kanama durdurulduktan sonra SIPPY diyetine geçilmektedir.

TABLO IV : AGML'DE MORTALİTE DİKKATE ALINDIĞINDA BAŞARI ORANLARI

Metod	Başarılı	Başarısız	Toplam
Cerrahi			
Subtotal gastrektomi	10	6	16
Total gastrektomi	—	5	5
TV* + Drenaj	4	1	5
Konservatif	10	4	14
Toplam	24	16	40

(*) Trunkal Vagotomi

Cerrahi müdahale geçiren 26 vakanın 3 (% 11.5)'ü ikinci defa kanadı. Subtotal gastrektomiden sonra ikinci kanama % 10, TV + Drenaj operasyonlarından sonra % 40 olarak bulundu. Toplam mortalite % 40 dır (Tablo V).

TABLO V : TEDAVİ METODLARI VE MORTALİTE

Metod	Hasta	Ölüm	% (Yüzde)
Cerrahi	26	12	46.1
Subtotal gastrektomi	16	6	37.9
Total gastrektomi	5	5	100.0
TV + Drenaj	5	1	20.0
Konservatif	14	4	28.5
Toplam	40	16	40.0

Mortaliteyi etkileyen önemli bir faktörün yaş olduğu görülmüştür (Tablo VI).

TABLO VI : YAŞA BAĞLI ÖLÜM ORANLARI

Yaş	n	Ölen	Mortalite
<40	19	4	% 21.01
>40	21	12	% 57.14
Toplam	40	16	% 40.0 t=2.33 p<0.05

Şok ve altı üniteden fazla kan transfüzyonu da mortaliteyi etkileyen diğer preoperatif durumlardır. Tedaviye başlandığında şok varlığı ve altı üniteden fazla kan transfüzyonu mortaliteyi yaklaşık, iki kat arttırmıştır (Tablo VII ve VIII).

TABLO VII : ŞOK VE MORTALİTE ORANLARI

Şok durumu	n	Ölen	% (Yüzde)
Şok var	16	11	62.5
Şok yok	24	5	20.8
Toplam	40	16	40.0 $t=2.64$ $p<0.02$

TABLO VIII : KAN TRANSFÜZYONU VE MORTALİTE ORANLARI

Kan transfüzyonu	n	Ölen	% (Yüzde)
6 üniteden fazla	10	6	60.0
6 üniteden az	30	10	33.3
Toplam	40	16	40.0 $t=1.49$ $p>0.05$

İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testleri yapılarak, 40 yaşın üzerinin ve şokun varlığının mortaliteyi arttırmada istatistiki bir önemi olduğu, fakat 6 üniteden fazla kan transfüzyonunun önemli olmadığı anlaşılmıştır.

Postoperatif komplikasyonlar daha çok yara ile ilgilidir (Tablo : IX).

TABLO IX : KOMPLİKASYONLAR

Komplikasyon	Sayı	% (Yüzde)
Yara enfeksiyonu	4	10
Distal özofagus striktürü	1	2.5
Anastomoz kaçağı	1	2.5
Akut böbrek yetmezliği	1	2.5
Toplam	7	17.5

Ölüm nedenlerinin başında ise hemorajik şok ve sepsis gelmektedir (aTblo X).

TABLO X : ÖLÜM NEDENLERİ

Ölüm nedeni	Sayı	% (Yüzde)
Hemorajik şok	7	43.7
Sepsis	7	43.7
Akciğer embolisi	1	6.3
Renal yetmezlik	1	6.3
Toplam	16	100.0

TARTIŞMA : Mide ve duodenumda muskularis mukozada yetersizlik veya akut gastrik mukozal lezyonlar şeklinde morfolojik ve patofizyolojik değişiklikler gösteren stres ülserleri, uzamış kritik medikal hastalıklar ve travma veya majör operasyonların komplikasyonu olabildiği için cerrahi kliniklerinde çok önemli yerleri vardır (1). Stresin neden olduğu mukoza harabiyeti, gastrik lümende safra tuzları, proteolitik enzimler, aspirin, phenacetin ve steroid gibi ilaçların bulunması halinde daha da artar. Bu stres faktörlerinin hemen hepsi çalışmamızda da tesbit edilmiştir (7, 10).

Stres ülserinin tanısı heatemez ve melananın görülmesiyle düşünülür. Nazogastrik drenajın az miktarda olması ile beraber pH'nın 2'den düşük olması ve gastrik muhtevada siyah ufak partiküllerin olması stres ülserini düşündürmelidir (13). En emin teşhisi endoskopi sağlamaktadır. Kanayan yüzeysel erozyonlar veya ülserasyonlar hemen hemen daima identifiye edilebilir. Bununla beraber, tercihan hasta henüz kanamaya başladığı sırada, erken devrede endoskopi yapılmalıdır. Bu süre endoskopistin lezyonu bulmakta en çok şanslı olduğu süredir (12). Stres ülserinin başlangıcı stresin başlangıcından 2 - 19 gün sonra olur (1).

Teşhiste radyoloji, endoskopi kadar faydalı değildir. Direkt karın grafisi genellikle herhangi bir anormallik göstermez. Fakat perforasyon olmuşsa diafragma altında serbest hava görülebilir (8). Üst GİS traktusun baryumlu çalışması, lezyonun teşhisinde genellikle faydalı değildir, çünkü stres ülserleri o kadar küçüktür

ki radyolog bunu görmekte büyük güçlük çeker. Ancak peptik ülserden ayırıcı tanı yönünden yararlı olabilir.

Cerrah, şiddetli stres altındaki hastalarda stres ülseri gelişeceğini tahmin etmelidir. Stresin önlenmesi demek stres ülserinin önlenmesi demektir. Proflaktik tedavinin esasını antiasitler teşkil eder. Hidrojen iyonun nötralizasyonu, back diffusionu önler. Ayrıca pepsini inaktive eder. Antiasitler intraluminal gastrik pH'yı devamlı nötrale (pH = 7) yakın tutacak kadar yeterli miktarda ve yeterli sıklıkta verilmelidir. Yakın zamanlarda antiasitlerle kombine olarak H₂ reseptör blokörleri kullanılmaktadır (2, 11, 13). Son yıllarda stres ülserine aday vakalar da prevantif olarak H₂ reseptör blokörlerini kullanılmaktadır. Stres ülseri gelişiminin yılara göre oldukça azalmasından dolayı, proflaktik tedavide H₂ reseptör antagonistlerine ağırlık verilmesi düşüncesindeyiz.

Priebe ve arkadaşları (9) akut gastrointestinal kanamanın önlenmesinde antiasitlerin cimetidinden daha faydalı olduğunu iddia etmektedirler. H₂ reseptörlerinin immün ve bakteriyolojik defans sistemlerindeki önemi, nötrofil aktivitesindeki rolü ve renal fonksiyonlar üzerine olan negatif etkisi tamamen bilinmemektedir; dolayısıyla kullanılmasında dikkatli olunmalıdır (11).

Medikal tedavide ısrar etmek mortalite oranını artırabilir. Erken operasyon hastaya iyi bir postoperatif devre hazırlayabilir. Hubert ve arkadaşları (4) stres faktörleri fazla olduğu zaman, stres ülserlerine bağlı kanamalarda erken operasyonu tavsiye etmektedirler. Stres ülserinin cerrahi tedavisi tartışmalıdır. Konservatif tedaviye devam edilirse % 10 - 20 vakada cerrahi tedavi gerekir (3).

Menguy ve arkadaşları (6) total gastrektomiye tavsiye ederler, böylece tedavi ettikleri 10 hastanın yalnız ikisinin öldüğünü bildirmişlerdir. Fakat Drapanas ve arkadaşları (3) yüksek mortalite ve morbidite oranlarından ve uzun süreli yan etkilerinden dolayı total gastrektomiye karşı çıkmışlar ancak rezeksiyonlar veya konservatif cerrahi yöntemler yetersiz kalırsa bu prosedürü uygulamışlardır. Kanayan stres ülserleri en iyi subtotal gastrektomi ile tedavi edilir (3, 4). Servisimizde daha çok subtotal gastrektomi tekniğini tercih etmekteyiz. Subtotal gastrektomiden sonra nüks kanama

oranı % 10 olarak bulunmuştur. Bu vakalar ilk yıllara rastlamaktadır, H₂ reseptör blokörlerinin tedaviye ilavesiyle nüks kanamalarının oldukça azaldığı görülmektedir.

Stres ülserlerinin tedavisinin sonuçları, bu hastaların kısmen stres ülserinin direkt letal etkilerinden dolayı, kısmen de stres ülseri kontrol altına alınsa dahi primer hastalıktan öldükleri için oldukça kötüdür. 40 yaşın üzerindeki hastalarda ve şok varlığında mortalitenin yüksek olması preoperatif devrede enerjik davranılması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca yaşlı hastalarda, mortalityyi daha da artırıcı geniş cerrahi müdahalelerden kaçınılmalıdır (3).

KAYNAKLAR

1. Borzotta PA, Polk CH.: Multiple System Organ Failure. Surg Clin North Am 63 : 325-336, 1983.
2. Bubrick MP, Wetherile RE, Instad GR : Control of acute gastroduodenal hemorrhage with cimetidine. Surgery 84 : 510-519, 1978.
3. Drapanas T, Woolverton WC, Reeder JW.: Experiences with Surgical management of acute gastric mucosal hemorrhage. Ann Surg 173 : 628-639, 1971.
5. Hubert JP, Kiernan PD, Welch JS.: The surgical management of bleeding stress ulcers. Ann Surg 191 : 672-679, 1980.
5. Menguy R : The prophylaxis of stress ulceration. N Engl J Med 302 : 461-462, 1980.
6. Menguy R, Master YF: Influence of cold on stress ulceration and on gastric mucosal blood flow and energy metabolism. Ann Surg 194 : 29-34, 1981.
7. Moody FG, Cheung JL : Stress ulcers : Their pathogenesis, diagnosis and treatment. Surg Clin North Am 56 : 1469-1478, 1978.
8. Morden SR, Schullinger NJ, Mollitt LD, Santulli VT.: Operative management of stress ulcers in children. Ann Surg 196 : 18-20, 1982.
9. Priebe JH, Skillman JJ, Bushell SL, et al.: Antacid versus cimetidine in preventing acute gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 302 : 426-430, 1980.
10. Rees MB, Bowen CJ : Stress ulcers during live escherichia coli sepsis, the role of acid and bile. Ann Surg 195 : 646-651, 1982.
11. Stothert JC Jr, Simonowitz DA, Dellinger EP : Randomized, prospective evolution of cimetidine and antacid control of gastric pH in the critical ill. Ann Surg 192 : 169-179, 1980.
12. Sugawa C, Werner MH, Hayes DP.: Early endoscopy. Arch Surg 107 : 133-135, 1973.
13. Zinner MJ, Zuidema GD, Smith PL : The prevention of upper gastrointestinal tract bleeding in patient in an intensive care unit. Surg Gynecol Obstet 153 : 214-218, 1981.