

POSTBULBER STENOZAN ÜLSERLERİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE BİR TEKNİK KOMBİNASYON (Vagotomi + Piloromyektomi+Duodenoplasti)

Dr. Metin BELVİRANLI*, Dr. Adil KARTAL*, Dr. Faruk AKSOY*, Dr. Mehmet AK*

* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Postbulber stenozan ülserlerin cerrahi tedavisinde uygulanan tekniklere alternatif teknik kombinasyon olarak iki olguda trunkal vagotomi (TV)+ekstramüköz anterior piloromyektomi (EAP)+ duodenoplasti uyguladık. Kısa dönem sonuçlarını iyi bulduğumuz bu teknik kombinasyon, proksimal gastrik vagotomi (PGV) de deneyimi olmayan, PGV'yi nüks oranının yüksekliği nedeniyle tercih etmeyen ve duodenumu gastrointestinal sistem sürekliliği içinde tutmak isteyen cerrahlar için seçimli bir teknik olabilir.

Anahtar Kelime: Postbulber ülser

SUMMARY

A Surgical Alternative Combination In Treatment Of Obstructing Postbulbar Ulcers

We performed a surgical alternative combination of TV+EAP+Duodenoplasty in treatment of obstructing postbulbar ulcers. This combination is a reasonable surgical alternative for the surgeons unexperienced in PGV or who do not prefer PGV for high recurrence rates and to have duodenum in gastrointestinal system way. The early results are successful however more long term clinical studies are needed to better assess the merits of this procedure.

Key Word: Postbulbar ulcer

GİRİŞ

Postbulber ülser ilk defa 1920'de Parturier ve Aimard tarafından radyolojik olarak tesbit edilmiştir. Portis ve Joffe 1932'de duodenal ülserlerin % 5'inde ülserin pilordan 5 cm distalde olduğunu bildirdiler (1). Postbulber ülserler genellikle komplike olurlar ve tıbbi tedaviye refrakterdirler (1,2).

Duodenum ülserlerinin cerrahi tedavisinde çok sayıda teknik uygulanmıştır. Günümüzde drenajlı ya da drenajsız vagotomi ameliyatları yapılmaktadır. Obstruksiyona yol açmış postbulber ülserlerin tedavisinde trunkal vagotomi (TV) + drenaj (piloroplasti, gastrojejuostomi), TV + antrektomi, proksimal gastrik vagotomi (PGV) + duodenoplasti veya dilatasyon gibi ameliyat teknikleri kullanılabilir (3). Uygulanan her bir tekniğin avantaj ve dezavantajları vardır. Bu tekniklere bir alternatif teknik kombinasyon olarak TV+ ekstramüköz anterior piloromyektomi + duodenoplasti uyguladık. Duodenumun gastrointestinal sistem devamlılığında yer alması, pilorun bütünlüğünün

klasik piloroplastiden daha az bozulması, bir stoma ve bunun yol açacağı problemlerin olmaması gibi üstünlükleri olduğuna inandığımız bu kombinasyonun gerektiğinde kullanılmak üzere erken sonuçlarını takdim etmeyi uygun bulduk.

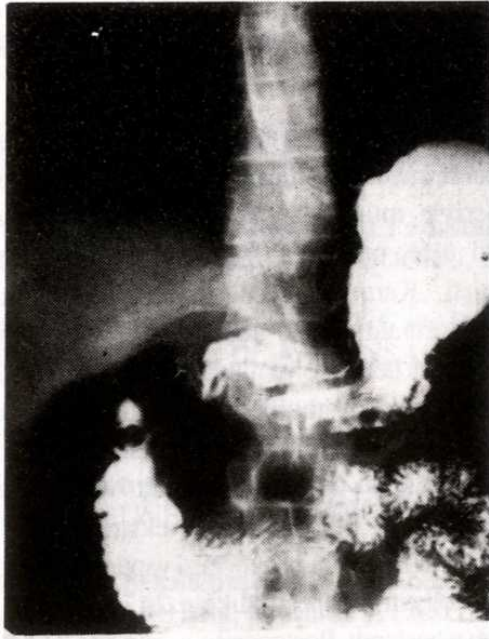
Olgu 1: R.E., 31 yaşında memur, epigastriumda ağrı, buluntu, kusma, hazımsızlık ve epigastrik dolgunluk şikayetleriyle müracaat etti. 10 yıldır devam eden duodenal ülser anamnezi vardı. Düzenli bir tedavi görmemişti. Karın muayenesi ve rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Mide-duodenum grafisinde pilor normal, bulbus deforme ve megabulbus görünümünde, apeksinde darlık, postbulber divertikül vardı (Resim 1). Endoskopide postbulber ülser ve stenoz tesbit edildi. Ameliyatta ülserin postbulber olduğu ve darlığa yol açtığı görüldü. TV+anterior ekstramüköz piloromyektomi (EAP)+duodenoplasti yapıldı. Postoperatif 3. gün nazogastrik tüp alındıktan 24 saat sonra oral beslenmeye başlandı. Postoperatif 6. gün şifa ile taburcu edildi. İkinci ayda yapılan endoskopik incelemede ülser

Haberleşme Adresi: Yrd. Doç. Dr. Metin BELVİRANLI, S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA



Resim 1. Pilor normal, bulbus deforme ve megabulbus görünümünde, apeksinde darlık, postbulber divertikül.

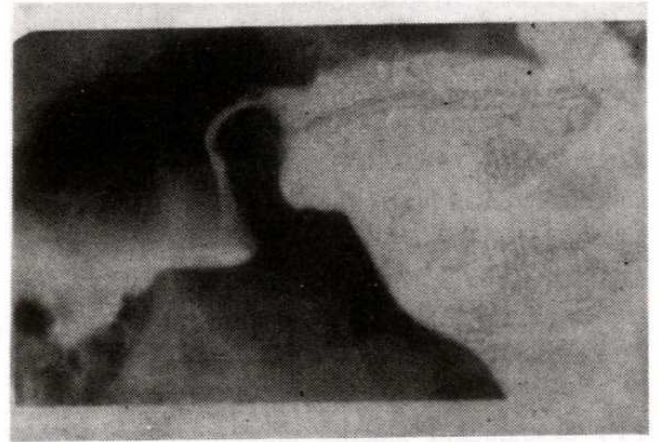
tespit edilmedi ve postbulber yeterli genişlik sağlanmıştı. Üst GİS grafisinde ise pilor serbest ve santralize idi. Stenoz bulgusu yoktu (Resim 2). Halen kontrolümüz altında



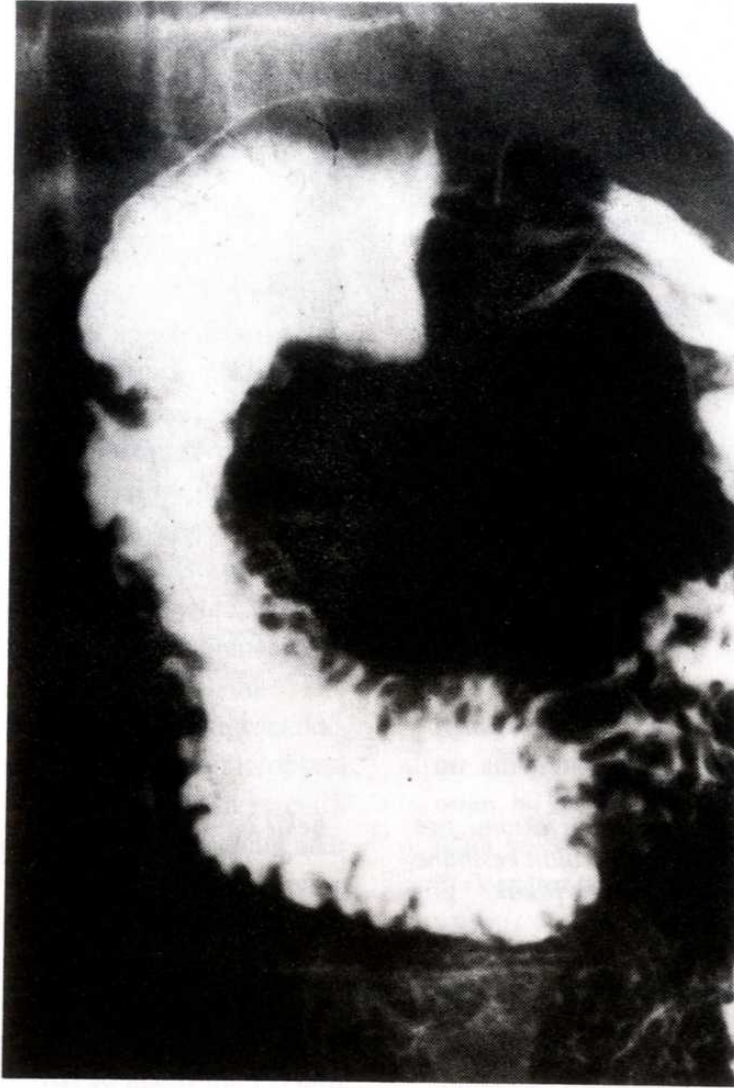
Resim 2. Pilor serbest ve santralize, stenoz bulgusu yok.

olan hasta postoperatif 14. ayında yakınmasız olarak yaşamını sürdürmektedir (Visick 1).

Olgu 2: M.E., 40 yaşında memur, erkek hasta epigastriumda ağrı, bulantı, kusma, halsizlik ile müraccat etti. 5 yıldır duodenal ülser şikayetleri olan hastanın 6 aydır şikayetleri devamlı hal almış, bulantı ve kusma (provoke) başlamış. Ağrı sırta vuruyormuş ve H2 reseptör antagonistlerine dirençli imiş. 20 gün önce hematemez ve melenası olmuş. 20 yıldır günde bir paket sigara içiyormuş. Karın muayenesi ve rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Mide duodenum grafisinde pilor normal, mide hipotonik, bulbus, deforme ve apeksinde ülser nişi, postbulber stenoz tesbit edildi (Resim 3). Endoskopide postbulber ülser ve stenoz görüldü. Laparotomi radyolojik ve endoskopik bulguları doğruladı. TV + EAP + duodenoplasti yapıldı. Arka yüzde kanamalı görülen ülser zemini duodenotomi yerinden sütüre edildi. Postoperatif 7. gün şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 2. ayda yapılan endoskopik kontrolde ülser yoktu, bulbusta ve postbulber alanda deformasyon vardı. Geçiş normaldi. Mide duodenum grafisinde deformasyon dışında patoloji yoktu (Resim 4). Halen kontrolümüz altında olan hasta postoperatif 1. yılında yakınmasız olarak yaşamını sürdürmektedir (Visick 1).



Resim 3. Pilor normal, bulbus deforme, postbulber stenoz.

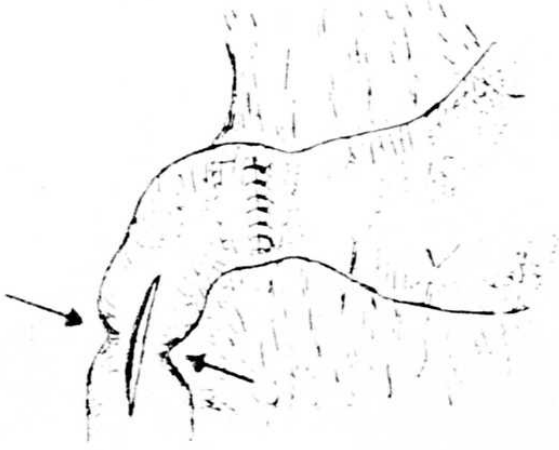


Resim 4. Postbulber deformasyon var. Stenoz bulgusu yok.

TEKNİK:

Göbeküstü median kesi ile karına girilir. Eksplorasyonda ülserin postbulber oluşu, darlık yaptığı Kocher manevrası ile duodenum serbestleştirilerek ortaya konur. Uygulanacak ameliyat tipine karar verilir. Önce TV yapılır. Aust'un (4) tarif ettiği EAP tekniği ile piloroplasti uygulanır. Sonra pilorun 3-4 cm distalinden başlayıp, duodenumun daralan kesimini içeren bir duodenotomi yapılır (Şekil 1). Bu longitudinal ensizyonun merkezi dar noktada olmalıdır. Bu delikten aspiratör sokularak üst ve alt bölümler boşaltılır. Buradan sokulan sol elin işaret parmağı ile duodenumun eksplorasyonu yapılır. EAP yeterliliği araştırılır. Ülser kanamalı ise 2. olgumuzda olduğu gibi zemini sütüre edilir. Stenotik kısmın kenarları Allis forsepsleri

veya daha önce konulmuş askı sütürleriyle tutularak açılır. Longitudinal ensizyonun transvers bir dikiş hattı haline getirilip getirilemeyeceği kontrol edilir. Getirilebiliyorsa; ektramüköz separe sütürlerle transvers yönde kapatılır (Şekil 2). Transvers bir dikiş hattı haline getirilemiyorsa; stenoza yol açan ülser nedbesi ön yüzde ise nedbe, uzun aksı longitudinal eksende olan oval bir insizyonla çıkarılır (Şekil 3). Stenoza yol açan ülser nedbesi arka yüzde ise ve longitudinal ensizyonun transvers olarak sütüre edilmesi ile yeterli genişlik sağlanamayacaksa arka yüzde stenoza yol açan nedbenin yanlarından üçgen şeklinde doku çıkarılır (şekil 4). Yeri onarılır. Daha sonra longitudinal ensizyon transver olarak ektramüköz separe sütürlerle kapatılır.



Şekil 1. Ekstramüköz anterior piloromyektomi tamamlanmış, duodenumun daralan kesimine duodenotomi yapılmış olarak görülmektedir.



Şekil 2. Duodenotomi yerinin ekstramüköz separe sütürlerle kapatılması.



Şekil 3. Ön yüzdeki nedbenin, uzun aksı longitudinal eksende olan oval bir insizyonla çıkarılması



Şekil 4. Arka yüzdeki stenoza yol açan nedbenin yanlarından üçgen şeklinde doku çıkarılması.

TARTIŞMA

Duodenum ülserlerinin % 10-15'i obstrüksiyon nedeniyle ameliyat edilmektedir (5). Bunların çok az bir kısmını postbulber stenozaya yol açmış ülserler teşkil etmektedir (11).

Obstrüksiyon yapmış duodenal ülserlerin cerrahi tedavisinde amaç hem mekanik engeli ortadan kaldırmak, hem de ülser diyatezini gidermektir. Kullanılan her tekniğin avantaj ve dezavantajları vardır. Cerrahların seyrek karşılaştığı postbulber obstrüksiyon yapmış duodenal ülserlerin cerrahi tedavisi ise ilave önemli problemler oluştururlar ve ameliyatın tipini kararlaştırmadan önce tanınmalıdır (7). Biz postbulber stenozaya yol açmış iki duodenal ülser olgusunda literatürde rastlamadığımız bir cerrahi kombinasyonu, TV + EAP + duodenoplasti uyguladık. Hemipiloroemyektomi Aust'un 1963'te tarif ettiği şekilde, mukoza açılmadan gerçekleştirildi (4). Bu piloroplasti şekli drenaj gerektiren olgularda hızlı, basit ve etkili bir yöntemdir ve lümenin açılmaması bir üstünlüğüdür (4). Bizim uyguladığımız teknik kombinasyonun postoperatif grafilerinde de görüldüğü gibi pilorun bütünlüğü adeta bozulmamış gibi kalır. Bir çalışmada Aust'un piloroplastisinin gastrojejunostomiye göre daha az oranda Dumping'e yol açtığı bildirilmiştir (8). Duodenoplasti ise 1976'da Kennedy'nin (9) tarif ettiği ve 1986'da Hooks ve arkadaşlarının (3) PGV'ye ilave olarak uyguladıkları striktüroplastisi (duodenoplasti) şeklinde yapıldı.

Obstrüksiyon yapmış duodenal ülser cerrahisinde kronik bir ülser diyatezi varlığı nedeniyle düşük riskli hastalarda vagotomi+antrektomi tavsiye edilir. Rekürrens oranı en düşük (%1) ancak mortalite (%2) ve morbiditesi (%12) yüksek bir ameliyat şeklidir (10). Yaşlı, zayıf ve beslenme bozukluğu olan hastalarda uygun değildir, acil durumlarda uygulanabilirliği azdır (5). Postbulber ülserlerde bu bölgedeki diseksiyon tehlikeli olabilir (7). Bizim uyguladığımız teknik, antrektomi gibi bir rezeksiyon riski taşımamakta, duodenoplasti için antrektomideki gibi geniş bir diseksiyona ihtiyaç olmamaktadır.

Stenozan duodenal ülserlerde bazı cerrahlar ise TV+piloroplastiyi önerirler. Pilorooplasti postbulber obstrüksiyon varsa çözüm olmayacaktır. Pilorooplasti

kesisini, darlığın üzerine uzatacak bir kesi ile hem pilorooplasti, hem de duodenoplasti yapmak cerrahi güç duruma sokar. Teknik yönden sakıncalar getirir. Uyguladığımız teknikte pilorooplasti ve duodenoplasti ayrı kesilerle yapılmakta, böylece bu teknik güçlük ortadan kalkmaktadır.

TV+ gastrojejunostomi ileri derecede deformasyon veya pankreasa penetrasyon varsa ve ülser duodenumda stenoz yapmış ise tavsiye edilir (5). Ancak kanamalı duodenal ülserlerde kanayan bölgenin suture edilmesine imkan vermez (11). Oysa ikinci olgumuzda, duodenoplasti kesisinden kanayan nokta suture edilebilmiştir. Ayrıca gastrointestinal sistemin sürekliliğinin duodenum yoluyla olması uyguladığımız tekniğin bir üstünlüğüdür.

PGV yan etkiler ve mortalite oranı en düşük, ülser rekürrens oranı trunkal vagotomi-drenajla kıyaslanabilir bir ameliyat şeklidir (10). Ancak PGV de rekürrens oranı, bu konuda tecrübesiz cerrahların serilerinde çok daha yüksektir. Ayrıca stenoz yapmış bir ülser için PGV yalnız başına yeterli değildir. Duodenumda stenoz yapmış ülserlerde PGV ve piloroduodenal dilatasyon alternatif olarak uygulanmış, ancak uzun takiplerde restenoz ve ülser rekürrensi yüksek bulunmuştur (5). Hooks ve arkadaşları 1986'da kısa bir segmenti tutan duodenal stenozlarda PGV+duodenoplastiyi önermişlerdir (6). PGV'yi savuran ve PGV'de tecrübeli cerrahların uygulayabileceği iyi bir yöntem olarak görülmektedir.

Sonuç olarak, kısa dönem sonuçlarını iyi bulduğumuz ve henüz 2 hastada uyguladığımız bu teknik kombinasyon, PGV'de deneyimi olmayan, ya da PGV'yi nüks oranının yüksekliği nedeniyle tercih etmeyen ve duodenumu GİS sürekliliği içinde tutmak isteyen cerrahlar için seçimli bir teknik olabilir. Bu teknik kombinasyonun TV + antrektomi ve TV + gastrojejunostomiyle karşılaştırmalı çalışmaları olgu sayımız arttıkça yapılacaktır ancak daha fizyolojik olduğunu, mortalite ve morbiditesinin daha düşük olacağını sanıyoruz. Postbulber stenozaya yol açan duodenal ülserlerin tedavisinde kullanılmak üzere bir alternatif olarak sunduğumuz bu teknik kombinasyon hakkında olgu sayımız arttıkça ve takip sürelerimiz uzadıkça daha sağlıklı sonuçlar vereceğimize inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Wastell C: Chronic duodenal ulcer. In: Surgery of the stomach and duodenum (eds) Nyhus LM, Wastell C. Little, Brown and Company, Boston/Toronto, pp. 295-311, 1986.
2. Roth JLA: Indications for surgical treatment of peptic ulcer disease. In: Bochs Gastroenterology (ed) Berk. JE, WB Saunders Company, Philadelphia, pp. 1197-1206, 1985.
3. Hooks VH, Bowden TA, Mansberger AR: Highly selective vagotomy with dilatation or duodenoplasty. A surgical alternative for obstructing duodenal ulcer. Ann Surg 203: 545-550, 1986.
4. Aust JB: A new technique for pyloroplasty. Surgery, 53: 309-1963.
5. Stabile BE, Passaro E: Duodenal ulcer: A disease in evaluation Curr Probl Surg 21: 1-79, 1984.
6. Goldstein H, Boyle JD: The saline load test. A bedside evaluation of gastric retention. Gastroenterology 49: 375-380, 1965.
7. Jones PF: Operation for duodenal ulcer. In: Emergency abdominal surgery in infancy, childhood and adult life (ed) Jenes PF. Blackwell Scientific Publications, London, pp. 322-327, 1987.
8. Karahan Ö, Kaynak A, Tekin Ş, Yol S: Farklı mide drenajlarının dumping sendromu oluşumuna etkileri. Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji Dergisi 1: 25-28, 1990.
9. Kennedy T: Duodenoplasty with proximal gastric vagotomy. Ann R Coll Surg Engl 58: 144-146, 1976.
10. Moody FG, McGreevy JM, Miller TA: Stomach In: Principles of Surgery (ed) Schwartz SI. McGraw-Hill Book Company, Singapore, pp: 1157-1188, 1988.
11. Kay PH, Johnson AG: The exclusion pyloroplasty Ann R Coll Surg Engl 63: 277, 1981.