

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

K. G
3

**DELİNMIŞ DUODENUM ÜLSERİ TEDAVİSİNDE PRİMER
SÜTÜR - PROKSİMAL GASTRİK VAGOTOMİ - NİN (PGV) YERİ**

(UZMANLIK TEZİ)

DR. ÜZEYİR TUNCER

İstanbul - 1983

22748

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

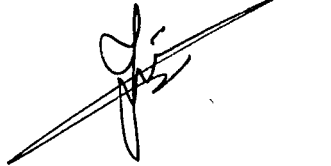
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

GENEL CERRAHİ ANA BİLİM DALI

DELİNİŞ DUODENUM ÜLSERİ TEDAVİSİNDE PRİMER
SÜTÜR - PROKSİMAL GASTRİK VAGOTOMİ'NİN (PGV) YERİ

(UZMANLIK TEZİ)

DR. ÜZEYİR TUNCER



000578-83

İSTANBUL - 1983

Genel Cerrahi Uzmanlık Öğrenim ve eğitimi-
mim sırasında yakın ilgi, destek ve yar-
dımlarını gördüğüm Hocalarıma, Baş asis-
tanlarıma ve Asistan arkadaşlarıma teşekkür
kürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sahife</u>
1- GİRİŞ	1
2- GENEL BİLGİLER	4
3- GEREÇ VE YÖNTEM	24
4- BULGU VE GÖZLEMLER	28
5- TARTIŞMA	35
6- SONUÇ	51
7- KAYNAKLAR	53

GİRİŞ

Çağdaş yaşamın bir hastalığı olarak tanımlanan peptik ülser, yarattığı bir birinden çok değişik tablolarla, kişiyi kimi zaman yiyip içmekten alıkoyan, "damak zevki" diye adlandırılan, lüks olmayıp aksine yaşamsal önemdeki zevklerden yoksun bırakan, kişiyi kimi zaman ameliyat masalarına yatıran bir patolojidir.

Bu tabloların değişkenliğini yaratan en önemli etken kişinin kendine özgü, psikosomatik yapısıdır. Her kişide ayrı tablo oluşurken, aynı kişide hastalığın değişik evrelerinde değişik yakınmalar ortaya çıkabilmektedir.

Peptik ülser hastalığı ile ilgili olarak hekimin karşılaştığı en ağır tablolardan biride ülser tabanının serbest periton boşluğuna açılması demek olan delinmedir.

Peptik ülser nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların % 8 ile 10 u delinme tanısı ile ameliyat masalarına yatmaktadır.

Ülser delinmesi gösteren hastalar uygulanan tedavi ve klinik seyre göre başlıca üç gruba ayrılır.

Birinci grup, daha önceden ülser anamnezi olmayan Curling ülseri, Cushing ülseri delinmesi gibi akut ülser delinmelerinin bulunduğu gruptur. Bunlara uygulanan primer sütür ameliyatından sonra ülserle ilgili bir yakınma ortaya çıkmamaktadır. Bir diğer deyiş ile primer sütür uygulanan hastaların 1/3 ü bu gruba girer ve tedavide primer sütür yeterli olmaktadır.

İkinci grup hastalarda ise söz konusu olan belli bir süreden beri peptik ülser yakınmalarının varlığı ve medikal tedavi uygulanmakta iken, bu seyrin delinme olayı ile klinik seyir değiştirmesidir. Bu grupta uygulanan primer sütür ameliyatından sonra hastaların yakınmaları genellikle medikal tedavi ile kontrol altına alınabilmektedir. Primer sütür uygulanan hastaların 1/3 ü bu gruba girer ve ancak medikal tedavinin yeterli gelmediği durumlarda cerrahi tedavi uygulanmaktadır.

Üçüncü grup hastalarda delinme tablosu ile birlikte ülser kanaması ve stenozu gibi başka komplikasyonların varlığı veya kronik ülserli hastalardaki delinme söz konusu edilmektedir. Bu gruba giren hastalarda tek başına primer sütürün tedavi etmede yeri yoktur. Primer sütür uygulanan hastaların 1/3 ü de bu gruba girmektedir. Hastanın genel durumu ve laparotomi bulguları uygunsa primer sütür ile aynı aşamada, değilse bir süre sonra kesin cerrahi tedavi uygulanır.

Primer sütür uygulanan hastaların 1/3 ü sonradan tedavi gerektirmezken, 1/3 ü medikal tedavi ile hayatlarını sürdürürler ve kalan

1/3 ü de peptik aktivitenin düşürülmesine yönelik kesin cerrahi tedavi gerektirirler (15, 40, 80).

Görüldüğü gibi peptik ülser delinmesinin cerrahi tedavisinde amaçlanan hem delinme tablosunu gidermek, hemde peptik ülser diyatezini ortadan kaldırmaktır. Ülser diyatezine yönelik kesin cerrahi tedavinin primer suture ile aynı aşamada sağlanması hasta açısından arzu edilir olmaktadır, ancak hastanın genel durumu ve laparotomide karın bulguları birtakım kısıtlamalar getirmektedir. Bu kısıtlamalar hastanın genel durumunu bozan faktörlere yenilerini eklemek endişesinden doğmaktadır. Bu nedenle primer suture'nin yeterli olmadığı delinmelerde ve bazende medikal tedavinin yeterli olamayacağı hastalarda uygulanacak kesin cerrahi yöntemin mortalite ve morbiditeyi arttırmaması aranan özellikler olmaktadır.

Peptik aktiviteyi azaltmaya yönelik cerrahi yöntemler arasına yaklaşık 15 yıldan beri PGV (Proksimal Gastrik Vagotomi) de girmiştir. Bu yöntem peptik ülserli, delinen vak'alara da uygulanabilmektedir (27, 56, 57).

Bu düşünceden hareketle PGV'nin kliniğimiz koşullarında peptik ülser delinmelerindeki yerini saptayabilmek amacı ile bu prospektif çalışma planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Peptik ülser gastro - intestinal kanalın asit - peptik aktivite ile karşılaşan herhangi bir yerinde ortaya çıkan ve en az muskularis mukozaya kadar uzanan doku kaybı ile seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Remisyon ve alevlenmelerle giden kronik bir klinik tablo gösterir.

Ülserin aktif veya inaktif durumda olmasına bakılmaksızın yapılan istatistiklerde toplumun % 10 unun peptik ülser hastalığına sahip olduğu sanılmaktadır (15, 32, 40).

Genç hastalarda erkeklerin, kadınlardan 10 kez daha fazla duodenum ülserine yakalandığı, yaşlılarda ise cinsler arasında eşit olarak dağıldığı saptanmıştır. Yeterince uzun süre izlendiklerinde duodenum ülseri yakınması bulunan hastaların % 50 den fazlasının ciddi seyir gösterdiği sadece hastaların % 25 inin asemptomatik hale geldiği bilinmektedir. Tüm duodenum ülserli hastaların % 70-80 i medikal tedaviye iyi cevap vermekte, % 20 ile 30 una günün birinde cerrahi tedavi gerekmektedir. Başlangıçta duodenum ülseri nedeniyle hastaneye yatırılıp medikal tedavi görmüş hastaların izlenmesine dayanan serilerde ise cerrahi tedavi gereksinimi % 40 ile 50 ye çıkmaktadır. 25 yaşından genç

hastalarda, hastalığın seyri sırasında, herhangi bir zamanda cerrahi tedavi gereksinimi daha da yükselmektedir (15, 18, 32, 40, 53).

Peptik ülserin etyopatogenezinde asit peptik aktivite ve mukozal direnç arasındaki denge önem taşımaktadır.

Hidroklorik asit ve pepsin midenin fundus ve korpusunda yer alan peptik guddelerden salgılanır. Pepsin esas hücrelerden çıktığında pepsinojen halinde bulunur ve inaktiftir. Hidroklorik asit ile karışınca ortamın pH'sı yaklaşık 5.5 civarına geldiği zaman, aktif olur yani pepsine dönüşür. Pepsin güçlü bir proteolitik enzim olup proteinin sindirilmesinde görev alır. İçinde aktif pepsin bulunan mide suyunun proteinleri parçalama gücü "asit peptik aktivite" olarak tanımlanır. Ortamın pH'sı düştükçe asit peptik aktivite şiddetlenir ve pH 3.5 civarında en yüksek düzeye ulaşır. pH 6'nın üzerinde kaldığı sürece ortamda bulunan pepsin inaktiftir yani midenin hazmedici gücü sıfırdır. Peptik aktivite pH tarafından yönetilir. Aşırı ve sürekli hidroklorik asit salgılayan insanlarda mide barsak mukozası şiddetlenen asit peptik aktiviteden zarar görür ve sonuç olarak peptik ülser oluşur.

Midenin peptik guddelerinin bulunduğu fundus ve korpus mukozası, bu bölgeden çıkan kendi öz salgılarının sindirme gücüne karşı doğal bir dirence sahiptir. Bu nedenle asit salgılayan mukozada peptik ülser görülmez. Normal koşullarda mide barsak mukozaları lokal bir dirence sahip olup, mide suyunun sindirme gücüne karşı korunmuşlardır. Mukozalarda bulunan yüzey epitelinin apikal membranı ve mukus guddele-

rinden salgılanan mukus korunmada başlıca görevi yüklenirler.

Ayrıca duodenumdan salgılanan mûsin, bikarbonattan zengin saf-ra ve pankreas öz suları, fonksiyonel açıdan önemli ölçüde mide içeri-ği pH'ına bağlı olarak çalışan antro-pilorik mekanizma duodenumun asit peptik aktiviteden korunmasında rol alan etkenlerdendir.

Normalde mide barsak mukozasının oluşturduğu lokal direnç ile asit peptik aktivite arasındaki denge sürüp gider. Dengenin devamlı-lığı halinde peptik ülser oluşmaz.

İşte, sindirim kanalının herhangi bir yerinde ülser oluşması asit peptik aktivite ile mukozal direnç arasındaki duyarlı dengenin bozulmasının bir sonucudur. Ülser oluşan bölge ise, mevcut dengeyi bo-zan etkene göre değişir. Örneğin, mide salgılama fizyolojisini yöneten fazlardan, vagal fazın şiddetlenmesinin yaptığı hiperasidite halinde duodenumda, kardiyanın yetersizliğinde özofagusta, gastrojejunostomi-lerden sonra anostomoza en yakın jejunal kesimlerde ülser görülür. Uza-mış antral faz yada çeşitli nedenlerle mide mukozası direncini kıran etkenler ise, mide ülseri oluşumundan sorumlu tutulur.

Peptik ülser tedavisinde amaç peptik aktiviteyi azaltmak ve var-sa ülser yapan etkeni ortadan kaldırmaktır. Asit peptik aktivite sade-ce hidroklorik asit tarafından yönetildiğine göre, tedavi metodları asit salgısını azaltmaya ve yeterli bir hipoasidite elde etmeye yöne-lir. Salgılanan hidroklorik asit belirli bir düzeye düşürüldüğünde,

mevcut ülser iyileşir ve hipoasiditenin devamlılığı halinde nüks ülser oluşması sorunu kalmaz.

Bilindiği gibi hidroklorik asit salgısının vaguslarla ayarlanan bölümüne vagal veya sefalik faz denir. Normal bir sindirim süresinde bu faz yaklaşık olarak % 45 oranında asit salgılanmasında etkili olmaktadır. Vagusların bu etkisi antikolinergik droglar ve midenin vagal denervasyonu ile önlenabilir.

Çiğnenmiş gıdanın mideye girişi ile asit sekresyonunun ikinci fazı olan "gastrik antral faz" başlar. Antral fazın en önemli ögesi midenin antrum bölgesi, pilor ve kısmende duodenumdan salgılanan gastrin hormonudur. Pariyetal hücreleri doğrudan uyarak asit salgılanmasını meydana getirmektedir. Antral faz toplam asit salgılanmasının % 45 inden sorumludur (15, 23, 25, 37, 40).

Kimusun duodenuma geçmesiyle başlayan intestinal fazın asit salgılanmasındaki etkisi pratik olarak yok kabul edilebilir.

İşte bu derece karmaşık ve uyumlu olan mide duodenum fizyolojisinin bu üç fazından birinin veya birden fazlasının asit salgılanmasını arttırıcı yönde çalışması, peptik aktivite ile mukozal direnç arasındaki dengeyi peptik aktivite yönünde bozması ile karşımıza peptik ülser hastalığı, en sık rastlanan şekli ile duodenum ülseri çıkmaktadır.

Ülser muskularis ve seroza tabakalarına doğru ilerlemeye devam ederken uygulanan yoğun medikal tedavi ile gidiş durdurulabilir ve ülser skatris haline dönüşebilir. Kronik tetkarlayan bir seyir izlemesi peptik ülserin özelliğidir. Her alevlenmede inflamasyon ve nekroz oluşup, remisyon halinde fibröz doku gelişir.

Peptik ülserli hastalarda cerrahi tedavi intraktibilite, pilor stenozu, ülser kanaması ve delirmesi olduğu zaman söz konusudur.

INTRAKTİBİLİTE: Duodenum ülseri bulunan ve yakınmaları hastane tedavisine rağmen azalmayan veya geçmeyen hastalarda intraktibiliteden söz edilir. Bu klinik tablonun sınırlarının kesin bir şekilde çizilememesi tedavi seçiminde güçlük yaratır.

Intraktibilite nedeniyle ameliyat edilen hastaların cerrahi tedavi gören tüm peptik ülserli hastalara oranı yaklaşık % 50 olarak bildirilmektedir (23, 40).

PİLOR STENOZU: Pilor kanalı ve pilor halkasına yakın ülserler remisyon dönemlerinde oluşturdıkları nedbe dolayısı ile stenoza neden olurlar. Bu durum tüm peptik ülserli hastaların % 8 ile 10 unda görülür (15, 23, 40).

ÜLSER KANAMASI: Duodenum birinci kıta arka yüzde lokalize ülserler mukoza ve kas tabakasını geçerek genellikle büyükçe bir arter (gastroduodenal arter veya dalı) duvarını aşındırıp kanamaya neden olur.

Peptik ülserli hastaların yaklaşık % 20 sinde kanama görülür ve bu olguların % 75 inde yoğun medikal tedavi ile kanama durdurulabilir. Kalan % 25 inde ise acil cerrahi girişim gerekir. Kanamaların mortalitesi % 15 olup, delinme ile birlikte olan kanamalarda % 50 ye kadar yükselmektedir (15, 23, 40).

DUODENUMDA LOKALİZE PEPTİK ÜLSER DELİNMESİ: Duodenum birinci kıta ön ve dış yan kenarda yer olan bir ülserin mukoza, submukoza, muskularis ve seroza tabakalarını aşındırarak lümenin serbest periton boşluğuna açılmasına neden olmasına ülser delinmesi (perforasyonu) denir. Delinme peptik ülser komplikasyonları arasında en ağır tabloyu oluşturur ve tanıya varıldığı andan itibaren en kısa zamanda ameliyat edilir.

Peptik ülserli hastaların yaklaşık % 8 ile 10 u delinme tablosu ile başvurmaktadır (15, 23, 40). Bazı yayınlarda bu oranın % 50 ye kadar çıktığı bildirilmektedir (78).

Duodenumda lokalize ülser delinmesi her yaşta oluşabilmekle birlikte en çok 20 ile 50 yaşları arasında görülmektedir (23, 40). Delinmelerin yıllarla ve cinsle ilgili olarak değişmeler gösterdiği bulunmuştur. Duodenum ülseri delinmesinin genelde erkeklerde daha fazla görülmesine karşın, son yıllarda kadınlarda buna yakın oranda görülmeye başladığı dikkati çekmiştir.

Söyleki:

1953 yılında delirme oranı % 13.3, kadın erkek oranı 1: 19

1970 yılında delirme oranı % 15 , kadın erkek oranı 1: 9

1977 yılında delirme oranı % 35 , kadın erkek oranı: 1: 4.4 (10, 40).

1980 yılında delirme oranı % 50 , kadın erkek oranı 1: 2.3

olduğu saptanmıştır (78). Kliniğimizde 1976 ile 1981 yılları arasında delirme oranının % 5, kadın erkek oranının 1: 11.1 olduğu görülmüştür (64).

Stress, alkol, sigara, salisilat, fenilbutazon, reserpine ve kortizon'un delinmelerde rol oynadığı kabul edilmektedir (10, 15, 23, 31).

Peptik ülser delirmesi gösteren hastaların % 29 unun sigara, % 10 unun alkol kullandığı saptanmıştır (10, 31).

Delirmelerin ekolojik faktörlerin etkisinde kaldığı, düşük ısı ve nem oranının yüksek olduğu kış aylarında delirme insidensinin arttığı ayrıca meslek, coğrafi dağılım, kan grubu ve ırk'la ilgili değişimler gösterdiği tesbit edilmiştir (10, 15, 40).

Duodenumda lokalize peptik ülser delinmelerinin % 92 si duodenum birinci kıta ön duvar, % 2 si arka duvar, % 6 sı da piloroduodenal bileşkede görülmektedir (10).

Ülser delirmeleri akut, subakut ve kronik bir seyir göstermektedir (10).

AKUT DELİRME: Ülser mukoza, submukoza, muskularis ve seroza tabakalarını aşındırarak lümenin serbest periton boşluğuna açılmasına neden olur. Bunun sonucu olarak da, mide, duodenum sıvıları, safra ve pankreas özsuyu periton boşluğuna geçer. Bu sıvılar peritonda ileri derecede tahribata sebep olur ve meydana gelen kimyevi hasar sonucu periton içinde fazla miktarda ekstarsellüler sıvı toplanır. Sırasıyla peritoneal irritasyon, peritoneal reaksiyon ve kontaminasyon ile bakteriyel peritonit gelişir.

SUBAKUT DELİRME: Ülser delinmesi ile periton sınırlı bir alanda kontamine olmuş fakat ülser deliği, çevresindeki dokular ile kapanmıştır. Deliğin çapı, midenin dolu yada boş olması, ülser çevresinde yapışıklıkların bulunması, deliğin omentum ile erken devrede kapanması bu tablonun oluşmasında rol oynar. Daha sonra abdominal kitle yada karın içi abse olarak ortaya çıkabilir.

KRONİK DELİRME: Peptik ülser duodenum katlarını aşındırıp lümen dışına açıldığında, duvarını pankreas, karaciğer, kolon ve omentum oluşturuyorsa kronik delirme yada penetrasyon meydana gelir.

Akut delirme halinde genellikle daha önceden ülser yakınmaları bulunan, bazende hiçbir ülser yakınması olmayan hastalarda günün birinde epigastriyumda aniden başlayan, daha sonra tüm karna yayılan çok şiddetli, keskin, hastanın hareket etmesine engel olabilecek derecede

bir ağrı oluşur. Ağrı ile birlikte refleks bulantı ve kusmada görülebilir. Hastanın genel durumu gittikçe bozulur solunum yüzeyleşir ve hastalar hareketsiz bir şekilde kalmayı tercih ederler.

Fizik muayenede başlangıçta epigastriyumda daha sonra tüm karında hassasiyet ve periton irritasyon belirtileri (defans muskuler, rebound tenderness..v.b.) tesbit edilir. Olguların % 75 ile 80 inde periton boşluğunda hava bulunduğundan karaciğer matitesinin kaybolduğu görüldür (15, 23). Delirme ile birlikte hastaların hissettikleri geçici rahatlama döneminden sonra klinik tablo gittikçe ilerler. Bakteriyel peritonit ve en sonunda da endotoksik şok gelişir. T.A düşer, nabız hızlanır ve ateş yükselir. Rektal tuşe yapıldığında periton hassasiyeti hissedilebilir. Başlangıç döneminde laboratuvar bulgusu olarak belirli bir özellik bulunmaz. Daha sonra orta derecede lökositoz (10 bin ile 15 bin) görüldür.

Ayakta yada sol yan yatar durumda çekilen direkt karın grafilerinde olguların % 75 ile 80 inde periton içinde serbest hava olduğu görüldür.

Tanı tipik olan klinik tablo ve radyolojik tetkikle konulur. Ülser delirmesi tanısı konulan hastalar klinik durumlarına uygun olan tedavi şekillerinden birisi ile tedavi edilirler.

ÜLSER DELİNMESİNDE UYGULANAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

A- Medikal tedavi

B- Cerrahi tedavi

I- Primer sütünomentoplasti

II- Kesin cerrahi tedavi (Peptik aktiviteye yönelik tedavi)

a- Gastrektomi

b- Vagotomi-drenaj

c- Vagotomi-antrektomi

d- Primer sütün + Proksimal gastrik vagotomi (PGV)

A- Medikal Tedavi: Seeley ve Campel'in (15, 40) tarif ettiği, Taylor'un (74) kullanım sınırlarını çizdiği medikal tedavi, devamlı nazogastrik aspirasyon, analjezi, sıvı ve elektrolit düzenlenmesi, yoğun antibiyotik kullanımını içerir. Delinmeden 24 saat yada daha sonra görülen, abdominal ve sistemik belirtileri stabilize olmuş veya düzelmekte olan peritonitli hastalar ile ameliyatı kaldıramıyacak derecede düşkün ve çok yaşlı hastalara, ciddi şok durumlarında uygulanmaktadır. Mortalitesinin çok yüksek (% 63) olması nedeniyle günümüzde kullanım alanı çok kısıtlıdır (67, 74, 81).

B- Cerrahi Tedavi: Ülser delinmesinin cerrahi tedavisinde amaç iki yönlüdür. Bunlardan birincisi deliğin kapatılarak periton boşluğunun geniş ve etkin drenajı, ikincisi ise hastadaki ülser diyatezinin giderilmesidir. Bu ikinci amaca delinme ve akut peritonit ile aynı

aşamada yada bu akut tablo giderildikten bir süre sonra ikinci bir girişimle varılabilir.

I- Primer sütür-omentoplasti:

Ülser deliğinin dikilerek kapatılması ilk kez 1880 yılında Mikulicz (10) tarafından delinmiş mide ülserine uygulanmıştır. Deliğin dikilerek kapatılması daha sonra delinmiş duodenum ülserinde de benimsenmiş ve başarı ile günümüze kadar uygulanan yöntem olmuştur. Ülser deliği kenarlarının ileri derecede ödenli ve parçalanabilir olduğu olgularda Graham ve arkadaşları (10, 74) primer suture ek olarak omental yama uygulamanın daha iyi sonuç verdiğini ve komplikasyonların daha az olduğunu açıklamışlardır (54, 71).

Primer suture uygulanan hastalarda mortalite % 7.5 ile 20 arasında, morbidite % 21 olup hastanede kalış süresi 12 gündür (9, 31, 35, 47, 51, 54, 56).

Genel olarak primer suture uygulamasından sonra hastaların 1/3 ünde hiçbir ülser yakınması olmadığı, 1/3 ünde yakınmaların tekrar ettiği ve bu yakınmaların medikal tedavi ile kontrol edilebildiği, 1/3 ünde ise ülser yakınmalarının ancak kesin cerrahi yöntemlerle önlenildiği kabul edilir (15, 40, 80).

Primer str uygulamasından sonra cerrahi tedavi gerektiren ülserli oranı araştırıcılara göre değişmektedir. Bu oran akut ülserlerde % 6 ile 65, ülser anamnezi bulunan ve önceden medikal tedavi gören kronik ülserlerde ise % 28 ile 85 arasındadır (9, 31, 35, 47, 51, 54, 56, 71, 80).

Primer str, ülser deliğinin kapatılarak peritonun daha fazla bulaşmasını önlemede hayat kurtarıcı bir işlem olmasına karşın peptik aktiviteyi etkilememektedir. Nitekim hastalar daha sonra % 20 oranında kanama, % 13 oranında stenoz, % 10 oranında tekrar delinme nedeniyle elektif ve çoğu zaman da acil şartlarda ikinci kez cerrahi yöntemlerle tedavi edilmektedir (10).

II- Kesin cerrahi tedavi:

a- Gastrektomi:

1919 yılında Von Haberer (31), peptik ülser delinmelerinde subtotal gastrektomiye kesin cerrahi tedavi yöntemi olarak kullanmaya başlamıştır. Ülser delinmelerine uygulandığında ülser semptomlarının % 90 ile 95 ini ortadan kaldırır. Mrtalitesi % 1.8 ile 7.7, morbiditesi % 30, hastanede kalış süresi ortalama 9 gün, nüks ülser oranı % 0.5 ile 5.1 dir (26, 30, 31, 59, 62,71, 76).

Elektif olgulara uygulandığında grlen duodenum, kolon, koledok, hepatoduodenal bağ ve papilla Vateri yaralanması, delirme olgula-

rında peridoudenal organlardaki inflamasyon ve yapışıklıklar nedeni ile daha da fazla görülür (26, 59, 62).

Elektif olgularda görülen anastomoz ile ilgili komplikasyonlar, getirici ve götürücü urve sendromları, metabolik bozukluklar ve Dumping sendromu rezeksiyon ameliyatları, delinmelere uygulandığında da görülmektedir (5, 7, 12, 13, 62, 70).

Acil gastrektominin mortalitesinin yüksek olması, yan etki ve komplikasyonların sık görülmesi, uygulamanın teknik açıdan zor şartlarda yapılması daha az zarar verici ve daha kolay yapılabilen yöntemlerin aranmasını zorunlu kılmıştır.

b- Vagotomi-drenaj:

1945 de Dragsted ve Owens'in (3, 22) elektif duodenal ülser olgularında uygulamaya başladığı vagotomi-drenaj yöntemi aynı yıllarda ülser delinmelerinde de kullanılmaya başlamıştır. Vagotomiye ek olarak yapılan drenaj, ülser eksizyonu ile birlikte yapılan piloroplasti ya da stenoz da bulunduğu zaman uygulanan gastro-jejunostomidir. Weinberg in (32) 1951 yılında tarif ettiği piloroplasti halen en çok uygulanan yöntemdir (44, 50).

Duodenum ülseri delinmelerine uygulanan vagotomi-drenaj ameliyatında mortalitenin % 2 ile 4, morbiditenin yaklaşık % 15, hastanede kalış süresinin 9 gün ve nüks ülser oranının ortalama % 10 olduğu bildirilmektedir (26, 30, 31, 41, 42, 69, 77).

Vagotomi-drenaj ameliyatından sonra % 4 ile 10 oranında Dumping sendromu görülür ve bunların % 5 inde cerrahi rekonstrüksiyon gerekir (45). Diyare ise % 5 ile 10 arasında görülmekte ve olguların % 5 inden daha azında sorun yaratmaktadır (63, 73).

Bunların yanında hastaların % 15 ile 30 unda kilo kaybı, % 26 sında epigastriyumda dolgunluk hissi, % 5 inde hipoglisemi görülebilmekte, % 15 ile 22 oranında taşlı kolesistit oluşabilmektedir (10, 35, 47, 49, 62, 63, 67, 73).

c- Vagotomi-antrektomi:

Vagotomi-drenaj ameliyatlarından sonra ülser nüksünün % 10 dolayında olması, vagotomiye ek olarak, asit salgılanmasından % 45 oranında sorumlu tutulan antrumun da çıkarılarak asit salgısının % 90 oranında azaltılması düşünülmüş ve vagotomi-antrektomi peptik ülser cerrahisinde kullanılmaya başlamıştır. Bu ameliyatın elektif olgularda başarılı olması üzerine uygulama delinmiş ülserlere de yönelmiştir (41, 44).

Yöntem ülser delinmelerinde kullanıldığında mortalite % 2 ile 3.9 morbidite % 22, hastanede kalış süresi 9 gün olarak bulunmuştur. (41, 42, 51, 63, 73).

% 3.6 ile 9 Dumping, buna yakın oranda da diyare görülmüştür (45, 51, 63, 73). Nüks oranının sıfıra yaklaşmasına karşın, gastrektomililerde görülene yakın mortalite ve morbiditesinin olması nedeniyle, delirmelerde yaygın kullanım alanı bulamamıştır (70).

d- Primer sütür+proksimal gastrik vagotomi (PGV)

Hem vagotomiden vazgeçmemek hemde midenin boşalma fizyolojisi- ni yani antropilorik pompa mekanizmasını bozmamak düşüncesi ile ilk kez 1957 yılında köpeklerde Griffith (36), 1969 yılında insanlarda Andrup ve Johnston (57, 68), vagotomiyi sadece midenin korpus ve fundusunun denervasyonu şeklinde uyguladılar. Aynı yıllarda Jordan ve arkadaşla- rı (56, 57) tarafından ülser delirmelerinde de uygulanmaya başladı.

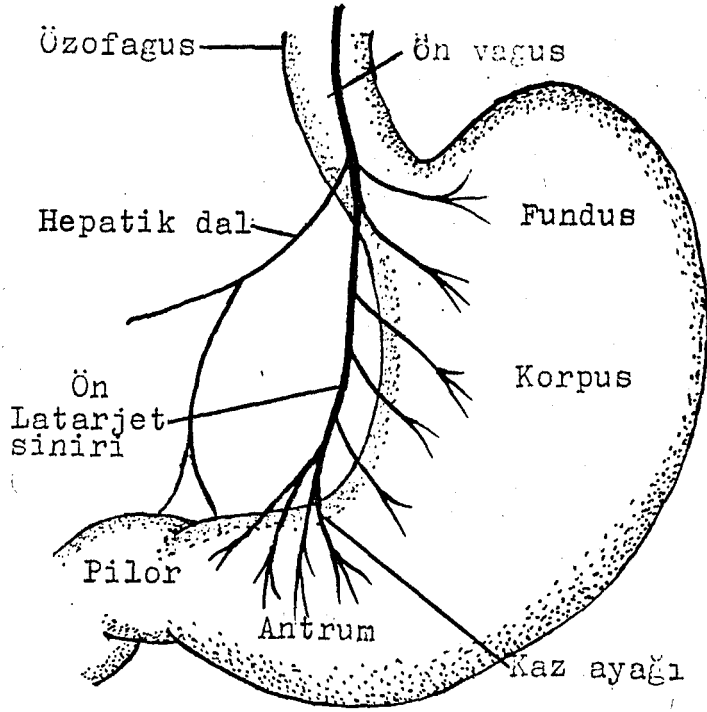
Bu yeni vagotomi yöntemi pariyetal hücre vagotomisi, highly se- lektif vagotomi, süper, supra, ultra veya hiper selektif vagotomi, sek- retuar selektif vagotomi ve proksimal gastrik vagotomi (PGV) gibi çe- şitli isimlerle belirlenmektedir (14).

Tüm vagotomilerde vagus anatomisinin özellikle karına girdikten sonraki dağılımının, mideyi innervasyonunun iyi bilinmesi gerekmektedir.

Midenin parasempatik innervasyonu yani vaguslar motilite, boşa- lım, mukus, asit, pepsin ve gastrin salgılanması gibi işlevlerde görev

almaktadır. Hipotalamustaki çekirdeklerden çıkan vagus kökleri kafa boşluğunu terk edip boyun damar sinir paketi içinde toraks boşluğuna doğru seyrederek. Özofagusun her iki yanında yukardan aşağıya giderken akciğer hilusu hizasında sol vagus özofagus önüne, sağ vagus arkasına doğru geçer ve bu konuda hiyatusu geçen vagus sinirleri karnadağılır. Özofagus hiyatusu hizasında ön ve arka vagus lifleri pleksuslar yapmaktadır.

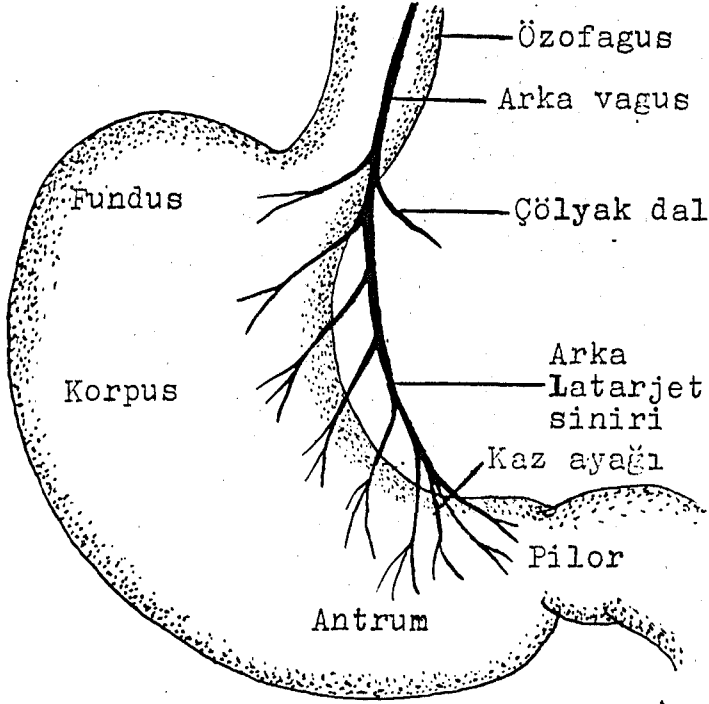
Ön vagus diyafragnaya bir kaç dal verdikten sonra gastrik ve hepatik olmak üzere iki dala ayrılır. Hepatik dal küçük omentum tabakaları arasından porta hepatisine doğru seyrederek. Karaciğer, safra kesesi, safra yolları, Oddi sfinkteri, pankreas başı, pilor ve duodenuma dağılır. Gastrik dal midenin küçük kurvaturuna paralel seyrederken incisura angularise kadar uzanır. Bu seyir sırasında midenin korpus ve fundusunun innervasyonunu yapacak olan sinir liflerini verir. İnsusura angularisten sonra kaz ayağı şeklinde (Crow's foot) dallara ayrılıp antrum ve pilora dağılır, bu liflere "Latarjet siniri" denilmektedir (37, 40).



Şekil 1: Ön vagusun mideye dağılımı

Arka vagus kardiya civarında çölyak ve gastrik dallara ayrılır. Çölyak dal duodenum birinci kıta, sol kolon fleksurası, ekstra hepatik safra yolları, karaciğer ve pankreasa dallar gönderir.

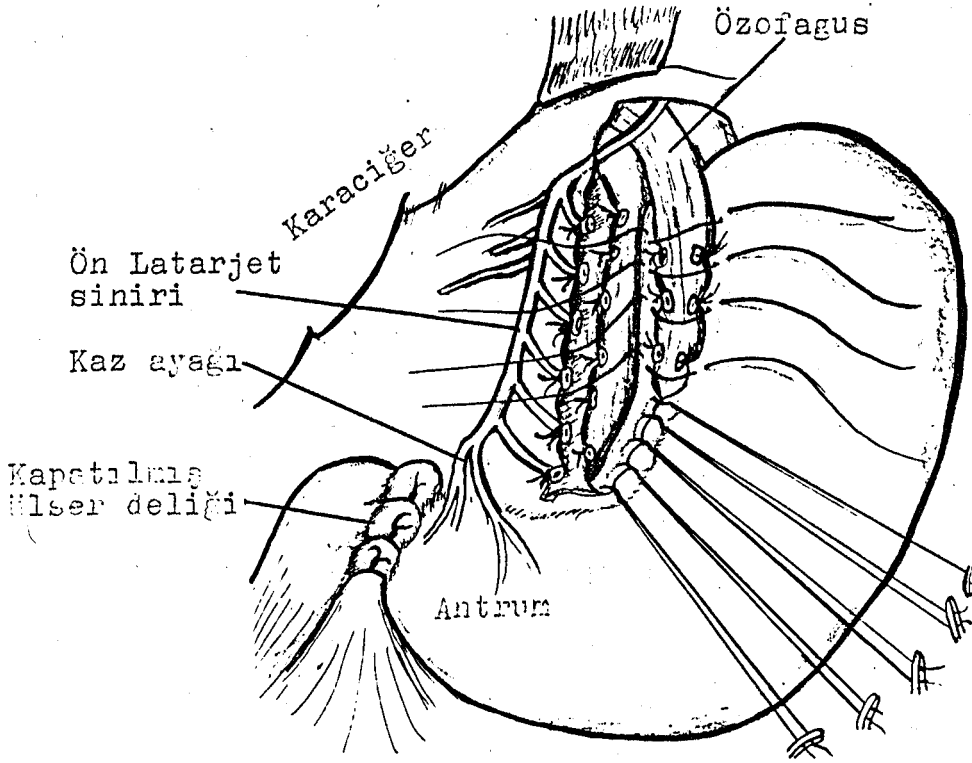
Gastrik dal midenin arkasında fundus, korpus ve antruma dağılır.



Şekil 2: Arka vagusun mideye dağılımı

Vagotomilerden bir süre sonra intramüral sinir pleksusları otonomi kazanarak midenin hareketlerini ve boşalmasını sağlarlar. Vagus lifleri mide guddelerini uyararak peptik guddelerden hidroklorik asit ve pepsin, pilor guddelerinden ise mukus ve gastrin salgılanmasında rol oynarlar. Açığa çıkan gastrin de peptik guddelere etki ile asit salgılatmaktadır.

PGV de midenin fundus ve korpusuna giden asit-pepsin salgılanmasıyla ilgili vagal lifler kesilirken, antro-pilorik bölgeye dağılan Laterjet siniri, hepatik ve çölyak dallar korunmaktadır.



Şekil 3: Proksimal gastrik vagotominin şematik görünümü:

Bu ameliyatta asit peptik aktivite azaltılmakta, antropilorik mekanizma işlerliğinin devam etmesiyle mide normal olarak boşalabilmekte, drenaj yapılmadığı için mide mukozasının duodenal içeriklerinden zarar görmesi önlenmekte ve bunların yanında batin içi diğer organların innervasyonu etkilenmemektedir (56).

FGV nin bu avantajları yanında bazı dezavantajları da vardır. Fundus ve korpusun denervasyonu ile midenin reseptif gevşeme fonksiyonu bozulur ve mide stazı görülebilir. Ancak bir süre sonra intramüral pleksusların otonomi kazanması ile bu fonksiyon tekrar başlar. Eğer antrum denervasyonu aşırı olursa mide stazı gelişir, buda uzayan antral faz

nedeni ile mide ülserine yol açabilir. Yerinde kalan antrum asit azalmasına aşırı gastrin salgılanması ile cevap verir. Ancak bunun asit salgısına etkisi korkulacak düzeye ulaşmaz (6).

Duodenum ülseri delinmelerine uygulanan PGV nin mortalitesi % 0 ile 1, morbiditesi % 10, hastaların hastanede kalış süresi 9 gün ve nüks ülser oranı % 10 kadardır (4, 24, 51, 57, 61, 69).

PGV den sonra Dumping, diyare, mide boşalımında gecikme, epigastriyumda dolgunluk, safralı kusma ve gastroözofajial reflüks gibi yan etkiler görülebilir (1, 4, 21, 26, 28, 29).

GEREÇ VE YÖNTEM

1981 - 1982 yılları arasında İ.Ü. İst. Tıp. Fak. Cerrahi Birimi acil poliklinğine baş vuran, klinik ve laboratuvar inceleme yöntemleri ile duodenum ülseri delinmesi ön tanısı konularak araştırıcı laparotomi ile bu tanı doğrulanan, 13 hastaya primer sütür + Proximal gastrik vagotomi yöntemi uygulandı.

PREOPERATİF DEVRE

Hastaların yaş, cins ve meslekleri belirlendi. Acil olarak başvurmalarına neden olan karın ağrısı, bulantı, kusma...v.b. gibi yakınmalar ve bunların başlama zamanı kaydedildi. Önceden duodenum ülserinin bilinen semptomları; açlık ağrısı, epigastriumda yanma, ekşime, bulantı, kusma, distansiyon, hematemez ve melana gibi yakınmaların var olup olmadığı araştırıldı. Varsa süresi, gördüğü medikal tedavi, verilen ilaçların doz ve etkinlik düzeyleri saptandı. Ayrıca alkol ve sigara, aspirin, kortizon, fenilbutazon, reserpine gibi ilaçların kullanımı araştırıldı.

Aksiller, rektal vücut ısısı alındı ve aradaki fark kaydedildi. Kanda akyuvar sayımı yapıldı. Çektirilen direkt batın grafileri değer-

lendirildi.

PEROPERATİF DEVRE

Bu araştırmalar sonucu akut karın, duodenum ülseri delinmesi ön tanısı konulan hastalara acil laparotomi yapılmasına karar verildi. Mide tüpü yerleştirilip devamlı aspirasyon yapıldı, gerekli sıvı, elektrolit perfüzyonuna başlandı, analjezik ve prevantif antibiotik uygulanıp hastalar ameliyata alındı. Cerrahi girişim, genel anestezi altında gerçekleştirildi. Laparotomi için göbek üstü orta hat kesisi kullanıldı. Karın içindeki serbest sıvının miktarı ve özelliği değerlendirildi, abse, yalancı membran varlığı araştırıldı. Ülser deliğinin yeri, ülserin tipi, çapı, birlikte stenoz, kanama ve başka bir ülser bulunup bulunmadığı kaydedildi. Karındaki serbest sıvı boşaltılıp karın bol miktarda serum fizyolojikile yıkandı. Mide, duodenum, safra ve pankreas öz suları ile karının daha fazla kirlenmesini önlemek için ilk aşamada delik üç adet ipek sütün ile eksene dik olarak kapatılıp, omentopeksi eklendi (Graham Tekniği).

İkinci aşamada, acil FGV yapabilmek için şu koşullar arandı:

- 1- 60 yaşında genç ve önemli tıbbi hastalığı bulunmayan olgular,
- 2- Kronik ülseri bulunan hastalar,

a) Daha önceden peptik ülser tanısı konulan ve medikal tedavi görenler,

b) Bir aydan daha uzun süreli ülser yakınması olanlar,

3- Yaygın peritonit ve toksik şok tablosu göstermeyen hastalar,

4- Delinme ile ameliyat arasında geçen sürenin 12 saatten kısa olduğu olgular,

5 Ülser deliği çapının 2 cm. den az olduğu, birlikte stenoz, kanama, ve başka bir ülserin bulunmadığı olgular çalışma kapsamına alındı.

Daha iyi bir görüş alanı elde etmek için, gereken hastalarda, karaciğerin sol trianguler ligamanı kesildi. Gastrokolik bağ üzerinde açılan 5-6 cm. genişlikteki bir pencereden mide 1. asistan tarafından sola ve aşağıya çekildi. Böylece gastrohepatik bağ içerisinde küçük kurvatura paralel seyreden antrum, pilor ve duodenuma dağılan Latarjet sinirinin konumu belirlendi. Bu sinir korunarak pilor halkasının 7 ile 11 cm. proksimalinden gastrohepatik bağın ön ve arka yaprağı mide ile birleştiği yerden açıldı. Buradan itibaren özofagusa kadar adı geçen bağın her iki yaprağı da mideden ayrıldı. Gastrodiyafragmatik membran açıldı, özofagus aşağıya doğru çekildi. Özofagogastrik birleşme yeri, çepeçevre 5 ile 7 cm. lik distal özofagus ve fundusun 5 cm. lik bir bölümü disseke edilerek vagus liflerinden ayıklandı. Küçük kurvatur üzerinde oluşan peritonsuz alan seroseröz ipek dikişler ile peritonize edildi. Nazogastrik sonda tesbit edildi, Winslovve Douglas'a birer adet dren konulup karın katlarına uygun olarak kapatıldı.

POSTOPERATİF DEVRE

Olguların tümüne 48 saat mide aspirasyonu uygulandı, dekompresyon yapıldı. Aspire edilen günlük sıvı miktarı belirlendi, mide dilatasyonu, kanama olup olmadığı araştırıldı. Mide tüpü çıkarılıp 3. gün sulu, 5. gün yumuşak, 7. gün normal gıdaya geçildi. 9 ilâ 11. günler arası Hollander testi ve mide asiditesi tayinleri yapıldı.

Hastalar periodik kontrolle çağrıldı. Disfaji, epigastriyumda dolgunluk hissi, hıçkırık, geğirme, iki yemek arası geçen süre (acııkma zamanı), ağrı, yanma, bulantı, kusma, diyare, Dumping ve hastaların kiloları ile ilgili değişmeler araştırıldı. Yakırması olan hastalara mide-duodenum radyolojik tetkiki yapıldı, ülser nüksü, stenoz, gastro-özofajial reflüks, mide boşalması ile ilgili değişmeler araştırıldı.

Çalışmamız kapsamına alınan hastaların ameliyat sonrası bulguları Visick sınıflamasına göre değerlendirmeye alındı. Hiç yakınması olmayanlar Visick-I, yakınması olmayan ancak sorgulama sonunda hafif belirtiler saptanan ve diyet ayarlaması ile tedavi edilebilenler Visick-II grubuna konuldu. Yaşam ve çalışmalarını ciddi biçimde etkilemeyen hafif yada orta derecede yakırmaları olan hastalar Visck-III, ciddi sorunları olanlar ise Visick-IV olarak kayımetlendirildi.

BULGU VE GÖZLEMLER

PREOPERATİF DEVRE

13 hastanın tümü erkek idi. Yaşları en az 17, en çok 40, ortalama 28 bulundu.

<u>YAŞ</u>	<u>HASTA SAYISI</u>	<u>%</u>
15-20	2	15
21-25	2	15
26-30	4	30
31-35	1	7
36-40	4	30

Tablo 1: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Hastaların mesleklere göre dağılımında; 4 (% 30) ünün şöför, 4 (% 30) ünün işçi, 2 (% 15) sinin esnaf, 1 (% 7) inin komisyoncu, 1 (% 7) inin fotoğrafçı, 1 (% 7) inin işsiz olduğu görüldü.

<u>MESLEK</u>	<u>SAYI</u>	<u>%</u>
Şöför	4	30
İşçi	4	30

<u>MESLEK</u>	<u>SAYI</u>	<u>%</u>
Esnaf	2	15
Fotoğrafçı	1	7
Komisyoncu	1	7
Serbest	1	7

Tablo 2: Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı.

Hastalar acil polikliniğe baş vurduğunda; 13 (% 100) ünde ağrı, 9 (% 68) unda bulantı, 7 (53) sinde kusma olduğu gözlemlendi. Bu yakınmaların en az 1, en çok 11, ortalama 2,4 saat önce başladığı kaydedildi.

<u>SAAT</u>	<u>HASTA SAYISI</u>
1	5
2	4
4	1
7	2
11	1

Tablo 3: Delirme ile ameliyat arasında geçen süre

Delirme öncesi dönemde olguların 13 (% 100) ünün açlık ağrısı, 7 (% 53) sinin yarma ve ekşime, 5 (% 38) inin kusma, 4 (% 30) ünün epigastriyumda dolgunluk hissinden yakındığı, 1 (% 7) inin melana şeklinde kanama geçirdiği saptandı.

<u>YAKINMA</u>	<u>HASTA SAYISI</u>	<u>%</u>
Ağrı	13	100
Yanma-ekşime	7	53
Kusma	5	38
E. dolgunluk	4	30
Melana	1	7

Tablo 4: Hastaların delirmeden önceki ülser yakırmaları.

Duodenum ülserine işaret eden bu yakırmaların en az 1 ay, en çok 20 yıl, ortalama 5 yıldan beri sürüp geldiği belirlendi.

<u>SÜRE</u>	<u>HASTA SAYISI</u>
1 ay	2
3 ay	1
1 yıl	2
2 yıl	3
5 yıl	2
10 yıl	1
14 yıl	1
20 yıl	1

Tablo 5: Hastaların delirmeden önceki ülser yakırmalarının süresi

11 (% 83) hastanın 6-7 yıldır medikal tedavi görmüş olduğu tesbit edildi. 4 (% 30) ünün alkol, 11 (% 83) inin sigara kullandığı, 2 (% 15) hastanın antiromatizmal ilaç aldığı saptandı.

Fizik muayenede, hastaların tümünün öne eğilerek yürüdüğü, yattarken dizlerini karna toplamış, hareketsiz bir şekilde yatmayı tercih ettikleri ve muayenenin güçlüğüyle yapılabildiği gözlemlendi. Solunumun yüzeysel, kostal tipte olduğu ve karnın solunuma katılmadığı belirlendi. Hastaların tamamında epigastriyumda daha fazla olmak üzere yaygın hassasiyet, defans musküller, rebound tenderness vardı. Barsak seslerinin azaldığı, karaciğer matitesinin 8 (% 60) hastada kaybolduğu görüldü.

Rektal tuşede Douglas'ta hassasiyet tesbit edildi. 10 (% 77) hastanın koltukaltı ateşinin 37°C olduğu bulundu. Ateşi yüksek olan bu hastalarda lökosit sayısının en az 10. bin en çok 15. bin, ortalama 12. bin olduğu görüldü. Çektirilen direkt batın grafilерinde 8 (60) hastada diyafragma altında serbest hava tespit edildi.

PEROPERATİF DEVRE

Laparotomide hastaların karnından 100-200 cc kadar serbest safra sıvı boşaltıldı. Hiç bir hastanın karnında cerahat, yalancı membran ve abse oluşumu gibi bakteriyel peritonit halini gösteren bulgu yoktu. Hastaların tümünde delinmiş ülserin duodenum birinci kıt'a ön yüzde çapının en az 0.2 cm, en çok 0.7 cm, ortalama 0.4 cm. olduğu görüldü. Ülser delinmesi kronik ülser üzerinde akut delirme tipinde idi. Birlikte stenoz, kanama veya başka bir ülser bulunamadı. Ülser deliği primer olarak Graham tekniği⁽⁴⁰⁾ ile kapatıldı. Özofagogastrik bileşkede daha iyi disseksiyon yapabilmek için 5 (% 38) hastada karaciğerin sol trianguler bağını kesmek gerekti. Johnston'un⁽⁵¹⁾ tarif ettiği anatomik

Özelliğe dayanan PGV uygulandı. Ameliyatlar en az 1.5, en çok 2.5, ortalama 2 saatlik sürede yapıldı. Ameliyat sırasında dalak yırtılması, özofagus delinmesi ve diğer organ yaralanmaları olmadı.

POSTOPERATİF DEVRE

Olguların 48 saatlik aspirasyonunda günlük en az 200, en çok 800 cc, ortalama 450 cc safralı mide sıvısı aspire edildi. Aspirasyon sıvısında kan görülmedi.

İki gün karın drenlerinden seröz akıntı oldu, ortalama 4. gün Winslov dreni, 5. gün Douglas dreni alındı. Dren yerlerinden akıntı devam etmedi. Karın duvarında hematoma, abse oluşumu gibi komplikasyonlar gelişmedi.

Hastaların tümü, 7. gün dikişleri alınıp evine gönderilebilecek duruma geldi, ancak çalışma protokolünde kayıtlı bulunan Hollander testi ve mide asiditesi tayini için bir iki gün daha tutuldular.

Yapılan mide asiditesi tayininde; BAO (Bazal Asit Output'u) 1 (% 7) hastada 8 mEq/ saat, 12 (% 93) hastada 2mEq/saatten az, MAO (Maksimal Asit Output'u) 13 (% 100) hastada da 18 mEq/saatten az ve normal değerlerde bulundu. İnsüline cevabın 11 (% 84) hastada negatif, 2 (% 15) hastada pozitif olduğu görüldü.

Hastalar 18 aylık sürede periyodik kontrollere çağrıldılar. Bu kontrollerde 7 (% 53) hastada katı ve sıvı gıdaların zaman zaman kar-diya bölgesinde takıldığı, 6 (% 46) hastada epigastriyumda dolgunluk hissi, 2 (% 15) hastada sternum arkasında, 1 (% 7) hastada epigastriyum-da yanma hissi olduğu saptandı. Bu yakınmalar ilk üç ay içerisinde te-davisiz geçti. Hiç bir hastada Dumping, diyare görülmedi. Acıkma zama-nının 2 (% 15) hastada delinmeden öncekinin aynı olduğu, 6 (% 46) has-tada normale döndüğü, 5 (% 39) hastada ise hafif uzadığı saptandı.

<u>YAKINMA</u>	<u>HASTA SAYISI</u>	<u>%</u>
Disfaji	7	53
E. dolgunluk	6	46
Yanma	3	23
Regürjitasyon	0	
Ağrı	0	
Diyare	0	
Dumping	0	
Bulantı	0	
Kusma	0	

Tablo 6: PGV den sonraki yakınmalar.

Hastaların kiloları ile ilgili durumların araştırılmasında, hiç-bir hastada azalma olmadığı, 1 (% 7) hastada aynı kilonun devam etti-ği, 12 (% 93) hastada ise kilo alma kaydedildi.

Yakınması olan 7 (% 53) hastaya çekilen mide duodenum grafisinde, aktif ülser,stenoz, mide boşalımında gecikme, midede staz, motilitede değişiklik, özofagusa reflüks bulurmadı.

Hastaların ameliyat sonrası bulgularının Visick sınıflamasına göre değerlendirilmesinde, 10 (% 77) hastanın Visick-I de, 3 (% 23) hastanın Visick-II de olduğu saptandı. Bu grupta bulunan hastaların sorgulama sırasında ortaya çıkarılabilen yakınmaları üç ay içinde tamamen geçti. Visick-III ve IV de ise hiç bir hastanın yer almadığı görüldü.

<u>VİSİCK</u>	<u>HASTA SAYISI</u>	<u>%</u>
I	10	77
II	3	23
III	0	
IV	0	

Tablo 7: Visick sınıflamasına göre hastaların değerlendirilmesi

TARTIşMA

Duodenumun birinci kıtasında görölen peptik ülser komplikasyonları arasında en dramatik tabloyu, akut karın tablosunu, yaratan ve gerekli acil cerrahi girişim ve en az bunun kadar yaşamsal önemi olan uygun supportif tedavi yapılmadığı takdirde ölümlle sonuçlanan olay denir.

Peptik ülserlerin seyri sırasında mukoza, submukosa ve muskularis harabiyetinin serosa katına'da ulaşarak burayı da aşındırması sonucu sindirim kanalı lümeni yani duodenum lümeni serbest periton boşluğuna açılır.

Kimyasal bakımdan aktif olan mide, duodenum, safra ve pankreas öz sularının periton boşluğuna dökölmesi ile meydana gelen kimyasal peritonit periton boşluğunda fazla miktarda ekstra sellüler sıvı toplanmasına neden olur. Daha sonra kontaminasyon ile bakteriyel peritonit, endotoksik şok ve ölüm meydana gelir.

Bilindiğı gibi peptik ülserli hastaların % 70 ile 80 i medikal tedaviye cevap vermekte, % 20 ile 30 u cerrahi tedavi gerektirmektedir (15, 18, 23).

Cerrahi tedavi gerektiren hastaların % 8 ile 10 u delirme nedeni ile ameliyat olmaktadır (15). Kliniğimizde ülser delinmesi nedeni ile ameliyat olan hastaların peptik ülserden ameliyat olanların tümüne oranı % 5 dolayındadır (64).

Duodenum ülseri delirmesinin erkek-kadın oranı ortalama iki erkeğe bir kadın şeklindedir (10, 15). Çalışmamızdaki hastaların içinde kadın hasta yer almadı. Bu olgu sayımızın az olmasına ve toplumumuzun özelliğine bağlı olabilir. Son beş yıllık 150 olguyu içeren kliniğimiz materyalinin değerlendirildiği çalışmada, erkek kadın oranı 11:1 olarak saptanmış olması (64) serimizdeki olgu sayısı arttıkça kadın hastalarımızın da olabileceğini düşündürmüştür.

Duodenum ülseri delinmesi her yaşta görülmekle birlikte, en çok 20 ile 50 yaş arasında görülmektedir (23, 40). Çalışmamızda 20 yaşından küçük sadece 2 (% 15) hastanın bulunması ve kalan 11 (% 83) hastanın 20 ile 40 yaş grubunda olması kaynaklarla uyum göstermektedir (Tablo 1).

Delinmelerin çoğu peptik ülser hastalığının doğal seyri sırasında görülmektedir (39). Nitekim hastalarımızda da delinmeden önceki ülserli süre 1 ay ile 20 yıl, ortalama 5 yıldır (Tablo 5). 13 (% 100) hastanın epigastriyumda lokalize açlık ağrısı, 7 (% 53) sinin yarma ve ekşime, 5 (% 38) inin kusma, 4 (% 30) ünn dolgunluktan yakınması (Tablo 4) ve 11 (% 83) hastanın da medikal tedavi gördüğünün saptanmış

olması bu görüşü destekler niteliktedir.

Ülser delinmelerinin çoğunluğu akut delirme şeklindedir (10) ve çalışmamız içine bu tip delinmeler almıştır.

Genellikle ülser yakınması olan hasta, delirme gelişince epigastriyumda başlayan, daha sonra tüm karna yayılan, çok şiddetli, keskin bir ağrı hisseder. Ağrı ile birlikte refleks bulantı ve kusma da olabilir. Fizik muayenede karında hassasiyet ve periton irritasyonu belirtileri saptanır. Bu semptom ve bulgular hastalarımızın tümünde gözlenmiştir. Ancak bulantının 9 hastada, kusmanın ise 7 hastada saptanmış olması, bu semptomların nisbeten ikinci planda kaldığını göstermektedir.

Direkt karın grafisi olguların % 75 ile 80 inde karın içinde serbest hava olduğunu saptayabilir. Bu bulgu hastalarımızın sadece 8 (% 60) inde gözlenmiştir.

Delirmeden sonraki ilk 6 saat içinde periton boşluğunda bakteriyel bir peritonit olmadığı kabul edilir. 8 ile 12. saatler arasında yaygın bakteriyel peritonit gelişir (24).

Hastalarımızda delirme ile ameliyat arasında geçen süre en az 1 saat, en çok 11 saat, ortalama 2.4 saat olarak bulunmuş, hipotansiyon, taşikardi, yüksek ateş ve aşırı lökositoz gibi bulgulara rastlanmamış-

tır. Bunlar laparotomi bulgularının henüz yaygın peritonit oluşmadığı şeklinde değerlendirilmesini sağlamıştır. Gözlemlerimiz 12 saatlik sürenin önemini vurgulamaktadır.

Hastalarımıza ameliyat öncesi gerekli hazırlıklar yapılmıştır. Prevariant antibiyotik olarak gram pozitif ve gram negatif mikroorganizmalara etki eden sefalosporin grubu antibiyotik tercih edilmiştir.

Duodenum ülseri delirmelerine uygulanacak cerrahi yöntem laparotomi aşamasına kadar hastanın ve hastalığın geçirdiği evreler ile birlikte laparotomide ülserin akut ya da kronik görünümünde olması, birlikte kanama, stenoz veya başka ülser bulunması gibi özelliklere bakılarak seçilir.

Olgularımız anamnezde ülser yakınması olan, karında cerrahat, yalancı membran ve genel peritoniti olmayan kronik ülserli hastalar arasından seçildi.

Daha önceden hiçbir ülser yakınması olmayan ve ilk olarak delinme nedeni ile başvuran akut ülserli hastalara uygulanan primer sütür tedavide yeterli olmakta ve genellikle ikinci bir cerrahi girişime yer bırakmamaktadır. Bu nedenle delinme için yapılan laparotomi aşamasında ülser diyatezine yönelik girişimler önerilmemektedir. Bu gruba giren hastalar tüm peptik ülser delirmelerinin yaklaşık 1/3 ünü oluşturur (15, 40, 80).

Peptik ülser nedeniyle medikal tedavi gören hastalarda tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda veya delinmede rol oynayan aspirin, kortizon fenil butazone, reserpin, v.s. gibi maddelerin mukoza koruyucu bariyerini yıkmasıyla delinen ülserler de uygulanacak tedavi plânı kesin olarak belirlenememiştir. Bu gruba giren hastalar peptik ülser delinmelerinin 1/3 ünü oluştururlar. Bunlara uygulanacak primer sütürden sonra hastalar hayatlarını medikal tedavi ile sürdürebilirler ya da bu tedavi yetersiz geldiği durumlarda ülser diyatezine yönelik cerrahi girişim uygulama zorunluğu doğar. Zira primer sütür uygulanan böyle hastaların % 20sinde kanama, % 13 ünde stenoz % 10 unda tekrar perforasyon görülebilmektedir (10).

Bu nedenle hangi hastada medikal tedavinin yeterli olabileceğini, hangi hastada kesin cerrahi tedavi gerekebileceğini acil laparotomi aşamasında belirleme olanağı yoktur. Hastanın genel durumu ve karın içi bulguları uygunsa tek aşamada primer sütüre ek olarak kesin cerrahi tedavi uygulanması düşünülmüştür. Böylece ilk laparotomide hem ülser deliği kapatılır hemde peptik aktivite azaltılacağı için hasta, karşılaşması olası komplikasyonlardan ve medikal tedavinin getirdiği zorluklardan korunabilir.

Primer sütüre ek olarak yapılacak cerrahi tedavi peptik aktiviteyi yeterince azaltmalı, mortaliteyi arttırmamalı, kendine özgü yan etki ve komplikasyonları en az olmalıdır. Delinmiş duodenal ülserin tedavisi için primer sütür, subtotal gastrektomi, vagotomi-drenaj, vagotomi-antrektomi yada primer sütür-proksimal gastrik vagotomi'den her-

hangi biri uygulanabilir.

PRİMER SÜTÜR

Ülser delinmesi cerrahi tedavisinde iki asır önce ilk uygulanan yöntem primer sûtür tüm asepsi, antisepsi, anestezi ve cerrahi teknik alanındaki gelişmelere karşın henüz değeri korunmakta ve birçok klinik gibi (9, 31, 47, 54, 67, 70, 71) kliniğimizde de uygulanmaktadır. Yapılabilecek en basit cerrahi yöntem, primer sûtür peritonit gelişimini önlediğinden hayat kurtarıcıdır. Ancak peptik ülseri tedavi edici bir girişim değildir. Primer sûtür ile tedavi edilen delinmiş kronik ülserli hastaların % 90 ında ülser yakınmalarının devam ettiğı ve bu hastaların % 85 inde sonradan radikal bir ameliyat gerektiğı saptanmıştır (71, 72, 74).

Akut ülserlerin delinmelerinde her ne kadar primer sûtür yeterli deniyorsa da bazı araştırmacılar bunların da % 20 sinde kesin cerrahi tedavi gerektiğini ileri sürmektedirler (9, 54, 64).

Primer sûtürün seçim yapılmaksızın uygulandığı olgularda mortalite % 7.5 dolayında bulunmuştur. Bu oran ilk bakışta kesin cerrahi tedavi yöntemleri mortalitesinden yüksek görünmektedir, aynı olgulara sözü edilen yöntemlerden biri uygulanacak olursa mortalite daha da artacaktır. Primer sûtür ile tedavi edilen hastaların çoğunlukla yaşlı, genel durumu bozuk, ek sistemik hastalığı olan, yaygın peritonit ve

toksik şok tablosu gösteren hastalar olması mortalitenin artmasında önemli rol oynar (35, 47, 51). Primer sûtür yapılan bu hastalarda morbidite % 21 olup, hastanede kalış süresi yaklaşık 12 gündür.

Bu yöntem ile tedavi edilen hastaların Visick sınıflamasına göre değerlendirilmesi yapıldığında % 35 inin Visick I ve II'de olduğu görülmüştür. Ameliyat sonrası ortaya çıkan yakırmalar primer sûtür tekniğinden çok peptik ülserin devam etmesine bağlıdır (4, 47, 54, 70, 71).

SUBTOTAL GASTREKTOMİ

Delinme gösteren peptik ülserlerin kesin tedavisine yönelik acil subtotal gastrektomi ilk kez Von Haberer (31) tarafından uygulanmıştır. Bu yöntem ile tedavi edilen hastalarda antibiyotik kullanımı, asepsi, antesepsi ve çağdaş anestezi ile iyi sonuçlar bildirilmektedir. Semptomların % 90 ile 95 ini ortadan kaldırır. Mortalitesi % 1.9 ile 7.7 dir, ancak geç delinmelerde daha da yükselmektedir (54, 65). Nüks oranı % 0.9 ile 5.1 dir. Morbiditesi % 30 olup, hastaların hastanede kalış süresi yaklaşık 11 gündür (26, 30, 31, 59, 62, 71, 76). Elektif şartlarda yapılan rezeksiyon ameliyatlarında periduodenal organ yaralanmaları olabilmektedir. Bu organ yaralanmaları delinmelerde ödem, enflamasyon ve yapışıklıklar nedeni ile daha yüksek oranda rastlanır.

Rezeksiyon sonrası yan etki ve komplikasyonların fazla olması nedeniyle hastaların ancak % 63 ünün Visick-I ve II de yer aldığı görülmüştür (54, 71).

VAGOTOMİ+DRENAJ

1945 yılında peptik ülser cerrahi tedavisinde vagotomi+drenaj ameliyatının uygulamaya girmesi ile birlikte, ülser delirmelerine de uygulanması düşünülmüştür. Bu gün bir çok klinik, tedavide bu yöntemi tercih etmektedir (3, 14, 26, 30, 36).

Vagotomi+drenaj yönteminin mortalitesi % 2 ile 4, nüks ülser oluşumu % 10 dolayında, morbiditesi % 15, hastaların hastanede kalış süresi 9 gün olarak bildirilmektedir (26, 30, 42, 53, 59).

% 4 ile 10 oranında görülen ve % 5 inin cerrahi rekonstrüksiyon gerektirdiği Dumping sendromu ve % 5 ile 10 oranında görülen diyare trunkal vagotominin en büyük iki komplikasyonudur (7, 11).

Bunların yanında hastaların % 15 ile 30 unda kilo kaybı, % 26 sında epigastriyumda dolgunluk hissi ve % 5 inde çeşitli derecelerde hipoglisemi görülmektedir (30, 63, 66, 73) . Vagotomiyi tamamlayıcı olarak yapılan drenaj genellikle ülser eksizyonu ile birlikte yapılan piloroplasti (14) veya gastrojejunostomi (22) şeklindedir.

Ülser delirmelerine uygulanan bu yöntemden sonra hastaların Visick sınıflamasına göre değerlendirilmesi yapıldığında % 82 sinin Visick I ve II de yer aldığı görülür (4, 52).

VAGOTOMİ+ANTREKTOMİ

Peptik ülser cerrahi tedavisinde bir diğer yöntem olan vagotomi+antrektomi ülser delinmelerinide uygulanmaktadır (41, 42, 44).

Ülser delinmelerinde mortalitesi % 2 ile 3.9, nüks ülser oranı % 0 ile 5, morbiditesi % 22,7, hastaların hastanede kalış süresi 9 gündür (41, 42, 51, 63, 73).

% 3.6 ile 9 oranında Dumping ve buna yakın oranda diyare ile birlikte rezeksiyon sonrası yan etki ve komplikasyonlar görülmektedir (45, 51, 63, 73).

Nüks oranının diğer cerrahi tedavi yöntemlerinden az olmasına karşın, rezeksiyon nedeni ile mortalite ve morbiditenin subtotal gastrektomiye yakın olması bazı yazarlar tarafından tercih edilmeme nedeni olarak gösterilmektedir. Zira bu yöntemin uygulandığı hastaların Visick kriterlerine göre sınıflandırılmasında % 75 inin Visick I ve II de yer aldığı görülmektedir (70, 71).

PRİMER SÜTÜR + PROKSİMAL GASTRİK VAGOTOMİ (PGV)

Trunkal vagotominin % 10 oranında inkomplet yapılması, % 5 ile 10 oranında ameliyat sonrası diyare ve Dumping belirtilerinin ortaya çıkması, safra kesesi, pankreas ve barsakları parasempatik sinirlerden

yoksun bırakması daha fizyolojik ve daha az zarar verici yöntemlerin araştırılmasına yol açmıştır.

Böylece Jonhston'un (57, 68) 1969 yılında ilk kez önerdiği PGV yine Johnston tarafından duodenum ülseri delinmelerine de uygulamaya başlamıştır.

Trunkal vagotomide ön ve arka vagusun tüm karına dağılan dalları, selektif vagotomide mide dallar, PGV de ise sadece midenin fundus ve korpusuna giden asit pepsin salgılanması ile ilgili vagus dalları kesilmektedir.

Antropiloric bölgeye dağılan Latarjet sinirinin korunmuş olması ile mide boşalması fazla zarar görmez ve mide, duodenal içerikten korunur. Hepatik ve çölyak dalların korunması ile de bunların innerve ettiği organların normal fonksiyonu devam eder.

Trunkal ve selektif vagotomide yapılması gereken drenaj, PGV de yapılmadığından sütür hattı ve anastomoz ile ilgili komplikasyonlar doğal olarak görülmez.

Bütün bunların yanında PGV yapılmış hastalarda, ülser nüksü olduğu zaman, peptik ülser cerrahisinde uygulanan diğer yöntemleri uygulama olanağı teknik yönden her zaman vardır.

Duodenum ülseri delirmelerine uygulanan PGV den sonra % 0 ile 1 oranında mortalite olduğu bildirilmektedir (4, 24, 43, 50, 55, 69).

PGV ameliyatından sonra en sık görülen ölüm nedeni küçük kurvatur nekrozu olup % 0.2 oranındadır ve ölüm nedenlerinin yaklaşık yarısını oluşturur. Bu komplikasyondan, mide duvarının bir kısmını içine alan düğümler ve küçük kurvaturanın devaskülarizasyonu sonucu oluşan iskemi sorumlu tutulmaktadır. Küçük kurvaturanın reperitonizasyonu ile sözü edilen komplikasyon önlenabilmektedir (16).

Çalışmamızda kaybedilen hasta olmamıştır. Hastalarımızda, küçük kurvatura dikkatle peritonize edildi. Serimizde ölen hastanın bulunmaması bu işlemin koruyucu gücünü ve önemini ortaya koymaktadır.

PGV den sonra % 5 oranında dalak rüptürünün, buna yakın oranda da özofagus delinmelerinin olabileceği bildirilmektedir (1, 68, 81). Ancak bu komplikasyon PGV ye özgü değildir, diğer peptik ülser ameliyatlarında da görülebilir (81). Hastalarımızda, PGV yöntemi uygulaması sırasında böyle bir komplikasyon gelişmemiştir.

PGV yi takip eden ilk bir ayda mide asiditesi gittikçe azalır ancak ameliyattan 1 ile 5 yıl sonra dengelenir. Mide asiditesi ölçümlerinde ameliyat öncesi döneme göre BAO (Bazal Asit Output'u) unda % 80, MAO (Maksimal Asit Output'u) unda % 50 oranında düşme olur. Bu düşüşün yetersizliği yüksek nüks oranının nedeni olarak gösterilir (2, 34). Çoğu serilerde PGV den bir hafta sonra insülin testine cevabın negatif

olduğu, ameliyattan 5 yıl sonra ise % 90 oranında pozitif cevap alındığı saptanmıştır. Böyle bir gözlem Vagotominin yeterliliği lehinde yorumlanır. İnsüline erken pozitif cevap yüksek ise buna paralel olarak nüks oranında artmaktadır (61).

Hastalar acil olarak ve çoğu gece başvurduğundan ameliyat öncesi mide asiditesi ölçümleri yapılamadı. Ameliyat sonrası erken dönemde yapılan mide asiditesi tayininde; 1 (% 7) hastada BAO 8 mEq/saat, MAO 15 mEq/saat bulundu. BAO değerinin normalden yüksek olmasına karşın, bu hastanın 18 aylık takibinde nüks ülser görülmedi. Kalan 12 (% 93) hastada BAO 2 mEq/saat, MAO 18 mEq/saatden az ve normal değerlerde olduğu saptandı. Hastaların tümünde ameliyat sonrası erken dönemde insülin testine cevap araştırıldı. 11 (% 83) hastada vagotominin yeterli, 2 (% 15) hastada ise yetersiz yapıldığı sonucu alındı. Ancak insülin testi ile yetersiz vagotomi tesbit edilen hastalarda mide asiditesi normal değerlerde bulundu. Bu hastaların klinik ve radyolojik kontrollerinde nüks ülser görülmemesi laboratuvar hatasının olduğunu düşündürdü.

Peptik ülserlere uygulanan elektif PGV den sonra nüks oranının % 1.9 ile 22, ortalama % 10 olduğu (3, 60, 68, 72) ve duodenum ülseri delinmelerinde Primer sütür'e ek olarak yapılan PGV den sonra ise ülser nüksü olmadığı bildirilmiştir (4, 24, 50). Nükslerde uygulanan teknik ve uygulayan cerrahların büyük rolü olduğu görülmüştür. Disseksiyon pilor'un 7 ile 10 cm. proksimalinden başlar, özofagus'ta 5 ile 7 cm. lik bir alanda ve fundusta vasa breviyalara kadar olan bölümde yapılır-

sa yeterli bir teknik uygulanmış olur (1, 27, 33). Çalışmamızda laparotomi aşamasında Latarjet siniri'nin antrum ve pilora dağılımı dikkatli bir şekilde görüldü, yukarda sözü edilen alanlarda vagus disseksiyonu yapıldı. Tekniğine uygun olarak yapıldığına inandığımız FGV'li hastalardan 1 (% 7) inde BAO nun yüksek değerde olması ve 2 (% 15) olguda da insüline erken pozitif cevap alınmasına karşın klinik ve radyolojik kontroller de nüks ülser saptayamadık.

Dumping, diyare, mide boşalımında gecikme, epigastriyumda dolgunluk, safralı kusma, gastroözofajial reflüks gibi semptomlar diğer peptik ülser ameliyatlarında olduğu gibi FGV den sonra da görülebilmektedir (1, 26, 45, 51). Fakat bazı yazarlar FGV den sonra bu komplikasyonların hiç görülmediğini, görülürse bile sorun yaratmadığını bildirmektedirler (4, 21, 75). Bu arada, bazıları sadece Dumping, % 5 kadar, görüldüğünü bildirmişlerse de buna katılmayanlar da vardır (1, 33, 45, 46, 69). Hastalarımızın periyodik kontrollerinde Dumping ile ilgili bir yakınma görmedik.

Diyare % 0 ile 3 arasında zaman zaman görülebilmekte ve genellikle sorun yaratmamaktadır (1, 45, 57). Hastalarımızın dışkılama fonksiyonunun takip ve kontrolünde diyare saptayamadık.

Duodenum ülserine uygulanan FGV den sonra mide boşalımının incelenmesinde katı gıdaların mideyi normal sürede (6) veya biraz daha erken terkettiği (45) saptanmış fakat bu hastalarda herhangi bir yakınmaya neden olmamıştır (69, 79). Yemeklerden sonra gelişen dolgunluk

hissi ve safralı kusma gibi yan etkiler PGV de erken devrede ve geçici olarak görülebilmektedir (46).

Hastalarımızın hiçbirinde kusma olmadı, 6 (% 46) sında ise ilk üç ay içinde epigastriyumda dolgunluk hissi oldu ve tedavisiz ortadan kalktı. Çekilen mide duodenum grafilerinde dolgunluk hissi olan bu hastalarda mide boşalımının normal olduğu görüldü.

Bazı araştırmacılar PGV yi izleyerek gastroözofajial reflüksün oluştuğunu bildirmişlerdir (69). Ancak özofagus sfinkter basıncı ve pH metreler ile yapılan çalışmalarda distal özofagus ve kardiya denervasyonunun reflüksü artırıcı etki yapmadığı görülmüştür (17, 75). Buna rağmen preoperatif dönemde reflükse eyilim saptanırsa ameliyata bunu önleyici teknikler eklenmelidir (27). PGV ye özgü olmayan reflüks komplikasyonu, hastalarımızda görülmedi. Fakat 7 (% 53) hastada gıdaların kardiya bölgesinden zorlanarak geçtiği saptandı. Disfaji iki ay içinde ortadan kalktı. Bunu ameliyat sırasında kardiya bölgesinde yapılan disseksiyonda travmanın yarattığı inflamasyona bağladık. Regürjitasyon ile birlikte olan yanma hissi de aynı sürede tedavisiz geçti.

Bu hastalarda, ameliyattan üç ay sonra çekilen mide duodenum grafisinde radyopak maddenin kardiya takıldığını veya mideden özofagusa reflüks olduğunu saptamadık.

Trunkal vagotominin safra kesesi ve safra yollarını denerve etmesine bağlı stazın suçlandığı taşlı kolesistit oluşması PGV den son-

ra görülmeyen bir komplikasyondur.

Duodenum ülseri delinmelerine uygulanan RGV den sonra hastaların hastanede yatış süresinin ortalama 9 gün olduğu bildirilmektedir (4). Hastalarımızın tümü ameliyat sonrası 7 inci günde evine gönderilebilecek duruma geldi, ancak çalışma protokolünde kayıtlı olan tetkiklerin yapılabilmesi için 1 ile 2 gün daha tutuldular.

Duodenum ülseri delinmelerine uygulanan RGV den sonra hastaların 5 yıllık takibi sonunda Visick kriterlerine göre değerlendirilmesi yapıldığında % 85 ile 90 ının Visick I ve II de bulunması, yöntemin peptik aktiviteyi düşürme ve morbiditeyi azaltma yönünden başarısını vurgular (4, 24, 46, 51).

Serimizde hastaların 10 (% 77)unun Visick-I ve 3 (% 23) ünün Visick-II de bulunması sonuçlarımızın literatür ile uyumluluk içinde bulunduğunu gösterir. Visick-III ve IV de hiç hasta olmaması gelecekteki takipte umut vericidir.

Medikal tedavi altındayken delinen ülserler için de yukarda tartışılan kesin tedavi yöntemlerinden birisi, mortalitesi en düşük, Visick kriterlerine göre ideal olan RGV, primer sütür ile aynı aşamada yapılmaktadır ve bu grup delinen ülserlerin 1/3 ünü oluşturur. Kalan 1/3 ise kesinlikle, primer sütürün tek başına yeterli olmayacağı, delinme ile birlikte kanama, stenoz ve geniş nedbe dokusu içeren ülserlerdir. Bunlarda ülserojenik aktiviteye yönelik cerrahi yöntemlerden biri, has-

tanın genel durumu ve karın içi bulguları uygunsa aynı aşamada, değilse hastanın acil sorunu giderildikten 1 ile 3 ay sonra uygulanmaktadır. Bu grupta FGV tercih edilebilir. Bu takdirde kanamalı ülserlerde trans-fiksion s  t  r   ile, stenoz bulunan delinmelerde ise hemipilorektomi ile birlikte yapılır (51).

SONUÇ

İlk klinik bulgusu delinme olan akut ülserlerde primer sütürün yeterli olduğu, hastaya herhangi bir risk yüklenmediği ve sekel bırakmadığı söylenebilir.

Peptik ülser nedeni ile medikal tedavi görmekte iken bir alevlenme döneminde delinen ülserlerde, hastanın genel durumu iyi ve bakteriyel peritonit yok ise peptik aktiviteyi azaltmaya yönelik, mortalitesi düşük, kendine özgü komplikasyonları az olan bir peptik ülser ameliyatı uygulanabilir. Peptik ülser ameliyatının koşullar uygun olduğu takdirde acil laparotomi aşamasında yapılması hastayı, kanama, stenoz ve tekrar delinme gibi komplikasyonların zorunlu kılacağı ikinci bir laparotomiden yada medikal tedavinin beraberinde getireceği parasal ve sosyal sorunlardan kurtaracaktır. PGV'den sonra hastaların % 90 ının, trunkal vagotomi-drenaj'dan sonra % 82 sinin, vagotomi-antrektomi'den sonra % 75 inin, subtotal gastrektomi'den sonra % 63 ünün, primer sütür'den sonra % 35 inin Visick I ve II de yer aldığı görülür (4, 24, 47, 52, 54, 70, 71).

Buna göre duodenum ülseri delinmelerine uygulanabilecek en ideal tedavi yöntemi primer sütür+ PGV'dir. Ayrıca, bu yöntem primer sütür'ün

neden olduğu mortaliteyi önemli ölçüde arttırmaz.

Delinme ile birlikte kanama, stenoz ve geniş nedbe dokusu içeren ülserlerde hastanın genel durumu ve karın içi bulguları uygunsa aynı aşamada, aksi takdirde primer suture'den 1 ile 3 ay sonra kesin cerrahi tedavi yapılır. Burada uygulanacak tedavi mortaliteyi önemli ölçüde arttırmayan, yan etki ve komplikasyonları diğer yöntemlere göre daha az olan, peptik aktiviteyi yeterli düzeye kadar düşürebilen FGV olmasıdır. Bu hasta için ne kadar yararlı ise hekim için de o denli bilimsel olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Amdrup E.: Clinical results of parietal cell vagotomy (highly selective vagotomy) two to four years after operation, Ann. Surg., 180: 279 (1974)
- 2- Andersen, D., Hestrup, H. and Amdrup, E.: The Aarhus Country vagotomy trial. II. An interim report on reduction in acid secretion and ulcer recurrence rate following parietal cell vagotomy and selektive gastric vagotomy, Word J. Surg., 2: 91-99 (1978)
- 3- Blackett R.L. and Johnston D.: Recurrent ulöeration after highly selective vagotomy for duodenal ulcer, Br. J. Surg., 68: 705-710 (1981)
- 4- Boey John, M.D.N.W.Lee et al: Immediate Definitive Surgery For Perforated Duodenal Ulcers.A.Prospective Controlled Trial, Ann. Surg., 196: 3 (1982)
- 5- Braasch J.W., Brooke-Cowden G.L.: Disability after gastric surgery, Surg. Clin North Am., 56: 607 (1976)

- 6- Brandsberg, O., Brandsberg, m. Levgreen, N.A. et al.: Influence of parietal cell vagotomy and selective gastric vagotomy on gastric emptying rate and serum gastrin concentration, Gastroenterology, 72: 212-214 (1977)
- 7- Brooke-Cowden G.L, Braasch J.W.: Postgastrectomy syndromes, Am J Surg., 131: 464 (1976)
- 8- Burge H.: Selective Proximal Vagotomy, Br.Med. J., 19 Feb., 510-512 (1972)
- 9- Cassel P.: Perforated Peptic Ulcer, Lancet, Oct 25. (1980)
- 10- Chilstrey J.: Acut Perforated Peptic Ulcers, Maingot, Abdominal Operations, 7. Ed. V I, 430-450 (1980)
- 11- Condon J.R., Robinston V., Suleiman M.L.: The cause and treatment of postvagotomy diarrhea, Br. J Surg. 62: 309 (1975)
- 12- Cooperman A.M.: Postoperative alkalen reflux gastritis, Surg. Clin North. Am., 56: 1445 (1976)
- 13- Cox A.A.: Comparison of symptoms after vagotomy and gastro-jejunos-tomy and partial gastrectomy, Br. Med. J., 288 (1968)
- 14- Cox A.G., Williams J.A.: Vagotomy on trial (1973), Ceviri: Mentis A. 26:30 (1979)

- 15- Cristopher D.: Textbook of surg, Sabinston: 899-944 (1977)
- 16- Croft R.J.: Reperitonealization and invagination of lesser ourvature of the stomach following proximal gastric vagotomy, Arch. Surg., 113: 206-207 (1978)
- 17- Csendes, A., Oster, M., Moller, J.T. et al.: Gastroesophageal reflux in duodenal ulcer patients before and after vagotomy, Ann. Surg., 188:804-808 (1978)
- 18- De Orio A.J., Greenlee H.B.: Peptic ulcer surgery, Sur Clin North Am., 57: 1159 (1977)
- 19- Delaney P.: Preoperative grading of pyloric stenosis: A long term clinical and radiological follow-up of patients with severe pyloric stenosis treated by highly selective vagotomy and dilatation of the stricture, Br. J. Surg., 65: 157-160 (1978)
- 20- Donovan I., Williams J.A.: Postoperative gastric retantion and delayed gastric emptying, Sur. Clin. North. Am., 56: 1418 (1976)
- 21- Donozois R.R., Kelly K.A.: Gastric secretions and motility in duodenal ulcer: Effect of current vagotomies, Surg. Clin. Noth. Am., 56: 1267 (1976)

- 22- Dragstedt L.R.: The patogenesis of duodenal and gastric ulcer, Am J. Surg., 136: 286 (1978)
- 23- Dunphy J.E., Way L.W.: Current surgical diagnosis and treatment, 5th Ed., 456: 502 (1981)
- 24- Ferraz Edmundo Machado, H.A.F.Filho, T.S. Bacelar, C.M. Lacerda, A.P. De Souza and S. Kelner,: Proximal gastric vagotomy in stenosed or perforated duodenal ulcer, Br. J. Surg., V. 68, 452-454 (1981)
- 25- Ganong W.F.: Reiview of Medical Physiology, 9 th. Ed., 371-381 (1979)
- 26- Goligher J.C.: The comparative results of different operations in the elective treatment of duodenal ulcer, Br. J. Sur., 57: 780 (1970)
- 27- Goligher J.C.: A technique for highly selective (parietal cell or proximal gastric) vagotomy for duodenal ulcer, Br. J. Surg., 61: 337-345 (1974)
- 28- Goligher J.C.: Proximal Gastric Vagotomy Without Drainage, Maingot, Abdominal Operations, 7. th Ed . V. I. 266-277 (1980)
- 29- Goligher J.C., Hill G. L., Kenny T.E., Nutter E.: Proximal gastric vagotomy without drainage for duodenal ulcer, results after 5-8 years, Br. J. Surg., 65: 145 (1978)

- 30- Goligher J.C., Pulvertaft C. N., Irvin F. T., Johnston D., Walker B., Hall R. A., Wilson-Pepper J., Matheson T. S.: Five to eight years results of truncal vagotomy and pyloroplasty for duodenal ulcer, Br. Med. J., 1: 7 (1972)
- 31- Gordon A. Donaldson, Md, Fredric Jarret, Md,: Perforated gastroduodenal ulcer disease at the Massachusetts General Hospital from 1952 to 1970, Am. J. Surg., 306-312, Sept. (1970)
- 32- Gökşen Y.: Peptik Ülser Cerrahisi. İ.Ü. İst. Tıp Fak. Klinik Ders Kitapları, Cilt 12, 123: 144 (1977)
- 33- Grassi, G., Orecchia, C., Cantarelli, I., et al.: Results of highly selective vagotomy in our experience (787 cases). Chir. Gastroenterol., 11: 51-58 (1977)
- 34- Gretnall, M.J., Lyndon, P.J., Goligher, J.C., et al.: Long term effect of highly selective vagotomy on basal and maximal acid output in man. Gastroenterology, 68: 1421-1425 (1975)
- 35- Griffin G. E, M.D. Claude H. Organ, JR. M.D. F.A.C.S. Suture plication the natural course, perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy, Ann, Surg. V. 183, N.4, April (1976)
- 36- Griffith Charles A.: Types of vagotomy, Maingot, Abdominal Operations, 7 th. Ed. V.I. 278-296 (1980)

- 37- Guyten A.C.: Fizyoloji, çeviri Kazancıgil A.: 94-95 (1978)
- 38- Hallenbeck G.A.: The natural history of duodenal ulcer, Surg Clin. North Am., 56: 1235 (1976)
- 39- Hallenbeck, G.A. Cleysteen, J.J., Aldrete, J.S., et al.: Proximal gastric vagotomy: Effects of two operative technique on clinical and gastric secretory results, Ann. Surg., 184: 435-446 (1976)
- 40- Hardy James D. M.D.: Textbook of surgery, 5. Ed., 819-915 (1977)
- 41- Herrinton J. jr.: Truncal vagotomy with antrectomy. Surg. Clin. North. Am., 56: 1335 (1976)
- 42- Herrington J. jr., Jonh L. Sawyers. Vagotomy and Antrectomy, Maingot, Abdominal Operations, 7. Ed. V.I. 296-318 (1980)
- 43- Herrington J.L. Sawyers J.L.: Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and sutur plication, Ann. Surg., 185: 656-660 (1977)
- 44- Hoerr S.O., Ward T.T.: Late results of three operations for chronic duodenal ulcer: Vagotomy gastrojejunosotomy, Vagotomy hemigastrectomy, Vagotomy Pyloroplasty, Ann. Surg., 176-403 (1976)

- 45- Humphrey C.S., Wilkinson, A.R., and Johnston, D.: The correlation between the rate of gastric emptying and dumping and diarrhoea after truncal, selective, and highly selective vagotomy, Br.J. Surg., 59: 309 (1972)
- 46- Imperoti By Luigi, Costanzo Natale and Francesco Marinaccio.: Acid Fundic Selective vagotomy of the stomach without drainage in the treatment of duodenal ulcer, Technique and Results, Br..J. Surg., V 59 No 8 August (1972)
- 47- James B.D. Mark, M.D., F.A.C.S.: Factors influencing the Treatment of perforated duodenal ulcer, Surg Gynecol Obstet, 129: 2 (1969)
- 48- John H.P., Jonath A.H.: Vagotomy and pyloroplasty in the treatment of duodenal ulceration, Mayo Clin. Proc., 55: 14 (1980)
- 49- John H.P. Paul D.K. Oliver H.B. William H.R.: Truncal vagotomy and resection in the treatment of duodenal ulcer, Mayo Clin. Proc., 55: 19 (1980)
- 50- Johnston, D.: Operative mortality and postoperative morbidity of highly selective vagotomy, Br. Med. J., 4: 545-547 (1975)
- 51- Johnston D., Lyndon P.J., Smith R.B., Humphrey C.S.: Highly selective vagotomy without drainage procedure in the treatment of

hemorrhage, perforations and pyloric stenosis due to peptic ulcer, Br. Surg., 60: 730 (1973)

52- Johnston D.H., Goligher J.C.: Selective, highly selective or truncal vagotomy? Surg. Clin. North. Am., 56: 1313 (1976)

53- Jonathan A.H.: Symposium on duodenal ulceration, 1980 introduction, Mayo Clin. Proc., 55: 3 (1980)

54- Jordan G.L. Jr. M.D. Robert T. Angel, Md, and Michael E. De Bakey, MD, Houston: Acute Gastroduodenal Perforations, Arch. Surg., 92: 4, April (1966)

55- Jordan, P.H., Jr.: A prospective study of parietal vagotomy and selective vagotomy-auxotomies for treatment of duodenal ulcer, Ann. Surg., 183: 619-626, (1976)

56- Jordan P. H., JR. M.D.: Current status of parietal cell vagotomy Ann. Surg., 184: 6, (1976)

57- Jordan, P.H. and Korompai, F.L.: Evolvement of new treatment for perforated duodenal ulcer. Surg. Gynecol. Obstet., 142: 391-395 (1976)

58- Juan R.M.: Medical versus surgical therapy for duodenal ulcer, Mayo Clin. Proc., 55: 25 (1980)

- 59- Keit A.K.: Which operation for duodenal ulcer? Mayo Clin. Proc., 55: 5 (1980)
- 60- Kuzin M.I. Md. and Pm Postolov, Md.: Selective proximal gastric vagotomy in the treatment of duodenal ulcer, World.J. surg., 4: 347-352 (1980)
- 61- Lyndon P.J. Greenall, M.J. Smith, R.B. et al.: Serial insulin tests over a five-year period after highly selective vagotomy for duodenal ulcer. Gastroenterology, 69: 1188-1195 (1975)
- 62- Maingot R.: Complications following gastric operations, Maingot, Abdominal Operations. 7. th Ed., V.I. 473-481 (1980)
- 63- Mc Kelvey S.T.D.: Gastric incontinance and postvagotomy diarrhea, Br. J. Surg., 57: 741 (1970)
- 64- Özarmağan S., Tuncer Ü., Bekem S., Budak D.: Duodenum Ülseri Perforasyonlarının Cerrahi Tedavisinde 5 Yıllık Vaka Analizi. Tıp Fakültesi Mec. (Baskıda)
- 65- Philips R.B. Childs W.A.: Postvagotomy hemorrhage, Am. j. Surg., 95: 411 (1978)
- 66- Playforth Mj. and Mcnaha MJ.: Retrospective value of 141 cases, B.J. surg., 65: 10 (1978)

- 67- Rees J.R. MD., Kenneth G. Swan, MD, Bjorn Thorjarnarson, MD. FACS, :
Perforated Duodenal Ulcer, Am. J. Surg., 120: 775-779
(1970)
- 68- Ricardo L. Rossi, Md. and John W. Braasch, MD.: Parietal cell vagotomy
Surg. Clin. North . Am., 60: 2 (1980)
- 69- Sawyers, J.L. and Herrington, J.L.Jr.: Perforated duodenal ulcer
managed by proximal vagotomy and sutur plication ,
Ann. Surg., 186: 6, 65-66 (1977)
- 70- Skarstein A. and Hoiseter P.A.: Perforated peptic ulcer: a comparison
of long term results following partial gastric rezection
or simple closure, Br. J. Surg., V 63 700-703, (1976)
- 71- Soren Skovgaard, M.D.: Late Results of Perforated Duodenal Ulcer
Treated by Simple Suture, World J. Surg., 521-526,
(1977)
- 72- Stabile B.E., Passaro E.Jr.: Recurrent peptic ulcer, Gastroenterology,
70: 124 (1976)
- 73- Storer E.H.: Postvagotomy diarrhea, Surg. Clin. North. Am., 56: 1461
(1976)
- 74- Taylor H.: Perforated peptic ulcer, Lancet, Oct. 25 (1980)

- 75- Temple J.G. and Mc Farland, J.: Gastro-oesophageal reflux complicating highly selective vagotomy, Br. Med. J., 2: 168-169 (1975)
- 76- Terence Kennedy: Recurrent Peptic Ulcer, Maingot, Abdominal Operations, 7.th Ed. V.I. 451-465 (1980)
- 77- Thomson J.E., Bailey T.H.: Recurrent ulceration after operation for peptic ulcer, results after gastroenterostomy, gastrectomy and vagotomy in 64 cases, Ann. Surg., 163: 704 (1966)
- 78- Tıp Akademisi Mecmuası, sayı I-4, cilt 13-14, Say. 257 (1980)
- 79- Wilkinson A.R. and Johnston D.: Effect of truncal, selective and highly selective vagotomy on gastric emptying of food and barium, Br. J. Surg., 56: 4, April (1972)
- 80- Wilson John L.: Cerrahi el kitabı 4. Baskı, Çeviri Doç. Dr. Demirtaş, S. 333-338 (1970)
- 81- Wirthlin L.S., Malt R.A.: Accidents of vagotomy, Surg. Gynecol. Obstet., 135: 913 (1972)