

A. Ü. Tıp Fakültesi I. Şirürji Kliniği

**24 MIDE-DUODENUM PERFORASYONU ÜZERİNDE BİR
İNCELEME «BELİRTİLER VE
TEDAVİ YÖNÜNDEN»**

Dr. Ahmet Yayıoğlu *

Dr. Metin Onat **

Dr. Orhan Özbal ***

Bilindiği gibi mide-duodenum ülserinin bir komplikasyonu olarak meydana gelen perforasyon zaman kaybını birinci dereceden önemli bulunduğu ve 1880 yılından beri değişik tedavi metodlarının uygulandığı akut karın sebepleri arasındadır «, 5, 7, 17, 19». Mide-deudenum ülserlerinin cerrahi tedavisinde tatbik edilen parsiel gastrektominin mortalitesi ortalama % 3 - 5 olarak kabul edilmektedir «21». O halde perforasyon hallerinde yapılacak parsiel gastrektominin mortalitesi elbette daha yüksektir «4, 17». Ancak bu yüksek mortaliteyi etkileyen bazı faktörler vardır, erken teşhis, tedavi ile uygulanacak ameliyatın seçimi ve ameliyat sonrası, bakımı gelir.

Tedavisinin daima cerrahi olması icap eden perforasyonlarda gözü kapalı tutumcu tedaviye yönelmek herhalde ancak bir çaresizlik metodu olabilir «16, 20». Zira perforasyonlarda cerrahi tedavi, neticesi bakımından oldukça ilgi çekicidir. Bu sebeple bu yazıyı daha çok vak'alar üzerinde bir araştırma ve uygulanan tedavi metodlarının bir eleştirilmesi şeklinde hazırladık.

METOD VE MATERYEL

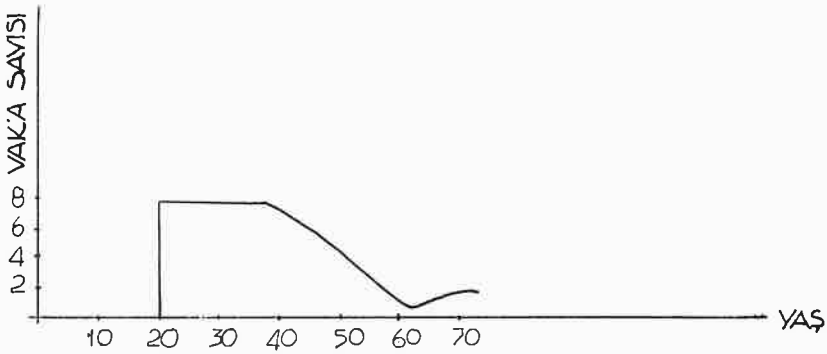
1960 - 1966 yılları arasında I. Şirürji Kliniğine acil olarak müracaat eden vak'alar arasında 24 mide-duodenum ülser perforasyonu bulunmaktadır. Bunların 22 tanesi erkek, 2 i kadındı. Yani kadın erkek oranı 1/10 dur. Bu oran pirminci yüz yılın başlarındakine göre tamamen ters bir orandır. (8) Zira

* A. Ü. Tıp Fakültesi, I. Şirürji Kliniği Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fakültesi, I. Şirürji Kliniği Uzman Asistanı.

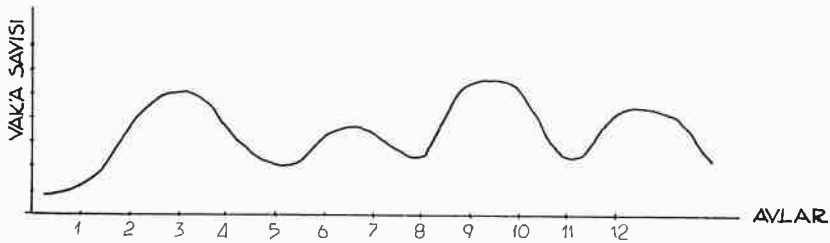
*** A. Ü. Tıp Fakültesi, I. Şirürji Kliniği Asistanı.

o tarihlerde kadın-erkek perforasyon oranı % 50 olarak gösterilmiştir (8). En sık rastlanılan perforasyon yaşı, 20 - 40 arasındadır. Bu seride 8 vak'a 20 - 30 yaşları arasında, 8 vak'ada 30 - 40 yaşları arasındadır. 20 yaşından küçük perforasyon vak'asına rastlanmamışsada literatürde 8 aylık çocukta görülen perforasyon vak'aları bildirilmektedir (4, 18). En ileri yaş olarak 70 yaş bulunmuştur. Genellikle perforasyonun sık görüldüğü yaş 50 nin yukarısidir (4, 5, 10, 18). Ancak Konuralp ve arkadaşları en sık görüldüğü yaşı 20 - 40 arası olarak göstermektedirler (7).



GRAFİK I YAŞA GÖRE PERFORASYON DURUMU.

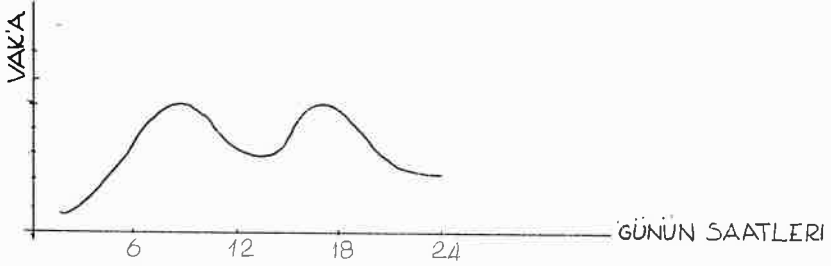
Grafik : 1 — Perforasyonun aylara göre dağılımı gözönüne alınırsa en çok Mart, Eylül aylarında rastlanmaktadır. Bu durum grafik II de gösterilmektedir.



GRAFİK II PERFORASYONUN AYLARA GÖRE DAĞILIMI

Grafik : 2 — 24 saat içinde perforasyonun meydana geldiği zamanın dağılımıda şöyledir :

Bütün perforasyonları % 25 i saat 8 - 9 arasında % 10 u öğle üzeri, % 25 i saat 14 - 15 arasında, % 17 si saat 18,30 - 19,30 ve % 10 u da gece yarısında meydana gelmiştir. Yani en sık rastlandığı zaman 14 - 19,30 arasındır. Bu durum grafik III de görülmektedir.



GRAFİK III. PERFORASYONUN GÜNÜN SAATLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Perforasyon yerine gelince, vak'aların % 83 «21 vak'ada» perforasyon duodenumda, % 17 «3 vak'ada» mide idi. Bu rakam Posth'un verdiği oranın aynısıdır (3). Duodenum perforasyonu % 79 birinci kıt'ada ve önyüzdedir. Bu sebeple serbest perforasyon kapalı perforasyona nazaran çok sık görülmektedir. Mide ülserlerinde perforasyon % 6, 1, duodenum ülserlerinde ise % 3, 5 olarak gösterilmektedir (4). Buradaki aldatıcı oran elbette mide ve duodenum ülserlerinin görülme oranındaki farktan ileri gelmektedir. Genellikle mide-duodenum ülserlerinin % 5-15 arasında perfore oldukları kabul edilir (4, 15).

Meydana gelen perforasyonun büyüklüğü de hastalığın gidişine tesir eder. Bu bakımdan perforasyonun büyüklüğü araştırıldı. Vak'aların % 80 de perforasyonun çapı 5 mm. den küçüktü. Cortison alan bir vak'a ile önceden ülseri olduğunu bilmeyen 39 yaşında erkek bir vak'ada perforasyonun çapı 1 cm. den büyük olarak tespit edilmiştir. 5-10 mm. çapında olan diğer üç vak'ada perforasyonun yeri mide de küçük kurvatur da ön yüzdedir. Perfore olmuş vak'aların kliniğe müracaatları için kaybettikleri zaman hiç bir vak'ada 24 saati geçmemiştir. En az zaman kaybı 2, en çok zaman kaybı ise 24 saattir. Vak'aların % 65 ilk altı saat içinde kliniğe müracaat etmişlerdir. Bu kaybedilen zamanın değeri büyüktür. Ölüm oranı kaybedilen zamanla artar. Mortalite ilk altı saatte % 3,8-7,5; 24 saatin üzerinde % 55 olarak gösterilmektedir (10-18).

24 vak'alık seride bir ölüm vardır. Bu vaka 70 yaşında olup şikâyetlerinin başlamasından 8 saat sonra kliniğe müracaat etmiştir. Yapılan müdahalede perforasyon primer dikişle kapatılmış fakat hasta Corpulmonale sebebiyle kaybedilmiştir. Mide-duodenum ülserine rağmen şikâyeti olmayan, şikâyetlerine ehemmiyet vermeyen vak'alar vardır. 7 vak'anın perforasyon oluncaya kadar hiç bir şikâyeti yoktu. 10 vak'ada ülser olduğu bilinmekteydi. 3 vak'a teşhis edilmemiştir. Fakat atipik anemnez alınmaktadır. Bu vak'alardan 8 i tıbbi tedaviye tabi tutulmuştur. 12 vak'a hiç tedavi görmemiştir. Yani vak'aların % 35 de gastro-intestinal bir şikâyet söz konusu değildir; hastalar ülseri olduğunu bilmemektedirler. % 15 vak'ada atipik şikâyetler vardı. Hastaların % 50 i ülseri olduğunu bilmekteydi. Bu vak'alardan % 40 ı tıbbi

tedavi görmüş, % 60'ı tıbbi tedavi görmemiştir. Burada tıbbi tedavi görmüş vak'alarda perforasyon oranının düşük olduğu sonucu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Hastaların akut şikâyetleri yönünden bir inceleme yapılırsa : ağrı vak'aların % 45'inde epigastriumda başlamakta ve buradan bütün karına dağılmaktadır. % 30 vak'ada ağrının göbek etrafında başlayıp sonra bütün karına yayıldığı ileri sürülmekte, % 13 vak'ada sağ hipokondriumda şiddetli ağrı tarif edilmekte ve % 12 vak'ada ise ağrının lokalizasyonu olarak sağ fossa iliaca gösterilmektedir.

Adele kasılması % 100 olarak bütün vak'alarda mevcuttur. Vak'aların % 55'inde barsak sesleri kaybolmuştu, % 40 vak'ada ise azalmıştı. ...

Bir vak'ada hiperperistaltizm tesbit edilmiştir. Zakary Cope vak'aların % 95'inde peristaltizmin kaybolduğunu bildirmektedir (2). Vak'aların % 50'inde direkt röntgen yapılmış, röntgen yapılan vak'aların % 66'sında sağda diafragma altında pneumoperitüan tesbit edilmiştir. Bu oran genellikle % 70 olarak gösterilmektedir (17). % 90 vak'ada 9 - 20 bin arasında değişen bir lökositoz, % 10 vak'ada da 6 - 8 bin arasında değişen bir lökositoz tesbit edilmiştir. Lökosit sayısı ilk 12 saat içinde zaman bakımından bir fark göstermemektedir. Yani 6 saatlik bir vak'a ile 12 saatlik bir vak'ada lökosit sayısı belirli bir fark göstermemektedir.

Kan sedimantasyonu yapılan vak'alarda serimantasyon sürati ilk saatte 23 - 42 mm olarak bulundu, ancak alışıktır bütün vak'alarda yapılmamıştır.

Vak'aların hepsi ameliyat edilmiştir. Kesiler göbek üstü median veya sağ paramedian olarak seçilmiştir. Gözlemde, % 25 vak'ada karın içinde safralı mayi, % 35 vak'ada fena kokulu, bulanık mayi, % 20 vak'ada pü özelliğinde mayi ve % 20 vak'ada da yemek artıkları bulunmuştur.

TEDAVİ VE TARTIŞMA

Genellikle kabul edilmektedirki gastro-duodenal ulcus perforasyonunda önemli olan iki husus vardır.

I. Erken ve doğru teşhis

II. Vak'a için en uygun tedavinin seçilmesi.

Erken teşhis iki devre olarak incelenmelidir.

a. Hastanın şikâyetlerinin başlaması ile hekime müracaatı arasında geçen zaman. Bu devre hekim imkânları dışındadır, tamamen hasta ve hasta muhitine aittir.

b. Hekime müracaatı ile tedavinin yapılması arasında geçen zaman. İşte hekim ve hastane olarak zaman kaybının önlenmesi

burada mümkün ve imkânlar içindedir. Tipik olan Vak'alar için bu zaman çok kısa olabilir. Yukarda belirtilen anemnez, fizik ve labaratuvar bulguları biri diğerini tamamlayıcı kıymet ifade ederek teşhise götürürler (19). Ancak atipik vak'alar oyalayıcı olabilir. Zira atipik vak'alarda, karında tipik ve devamlı ağrı yoktur, yukarı ve aşağı karında tahta sertliği mevcut değildir. Anemnezde ülserin var olduğu tesbit edilmemiştir. Barsak sesleri kaybolmuş, hastada bir şok hali vardır (3). Bu gibi hallerde ayırtıcı tanıda akut kolesistit, perfore appendisit, akut pankreatit ve barsak perforasyonları hatırla tutulması icap eden akut karın yapan hastalıklar olarak bilinmelidir. (1, 3, 14, 15, 17).

II. Vak'alar için uygun tedavinin seçimi :

Tedavide, 1. tutumcu tedavi, 2. cerrahi tedavi olmak üzere iki grup ileri sürülür. Her nekad Taylor, Wansgensteen, Seeley tarafından devamlı aspirasyon, antibiotik tatbiki, mayi ve elektrolit kaybının önlenmesi ile özetlenen tutumcu yol bir tedavi metodu olarak ileri sürülmüşse de geleceği karanlık, hattâ komplikasyonlarla dolu olması bakımından pek az tatbik sahası bulmuştur. (11, 16, 20, 21).

Cerrahi müdahelenin bir çok çeşitleri vardır :

1. Primer sütür,
2. Primer sütür, gastroenterostomi,
3. Neumon'un T tüpü, omentum manşeti,
4. Parsiyel rezeksiyon, (4, 6, 7, 9, 11, 13, 17),
5. Mide ülseri perforasyonları için, genişçe ülser zemini ekizasyonu selektif vagatomi piloroplasti,
6. Duodenum ülserleri için selektif vagatomi, piloroplasti.

Perforasyonlarda primer sütür aşağıdaki hallerde uygulanır :

- a. Vak'aya 1 2saatten daha geç müdahale edilmişse.
- b. Vak'anın yaşı 60 ın üstünde ise.
- c. Kalp, akciğer, karaciğer ve böbrek yönünden bir sakınca varsa.
- d. Perforasyon deliği enine ve darlık yapmıyacak şekilde kapatılabilecekse primer dikiş konur. Bu dikişin üzeri omentum, falsiform bağ, bir periton plisi, v.s. getirilerek örtülür.

Ancak primer dikişin darlık yaptığı hallerde gastro-enterostomi eklenir.

Bazılarına göre primer dikişte mortalite çok düşüktür, mümkün olduğu oranda uygulanmalıdır, (7, 9, 18), Bazı primer dikişle kapatılan vak'alarda, diafragma altı abseleri, pelvis abseleri, fistüller, sekonder perforasyon, kanama, stenoz, malign gelişme görülür, (10, 17). % 26 - 39 vak'ada ülser şikâyetleri tamamen ortadan kalkarsa da, geri kalanlarda reoperasyon söz konusudur (6, 17) veya reükrren ülser sebebiyle tıbbi tedaviye tabi tutulur. Aynı zamanda mortalite bakımından rezeksiyona nazaran daha düşük bir mortalite söz konusu değildir, (9, 10). Bu bakımdan kati endikasyon yoksa baş vurulacak bir metot olmamalıdır. *Neuman T tüpü drenaj* ve omentum manşeti ise primer dikiş endikasyonu olan vak'alarda bir daralma ihtimali karşısında tatbik edilmelidir. Bu metot uygulandığı takdirde mortalite dahada düşüktür, (17, 18).

Mide Rezeksiyonu :

- a. Hastanın genel durumu müsait ise,
- b. Vak.a ilk 12 saat içinde ameliyat edilmişse,
- c. Ülserin perforasyon yeri büyükse,
- d. 60 yaşın altında ise mide rezeksiyonu uygulanmalıdır, (4, 6, 8, 9, 10, 17, 18). Zira moratalite «% 3.7 - % - % 8,9» arasında değişmektedir. Rezeksiyonda zaman kaybı ile orantılı şekilde mortalite yükselmektedir.

Rezeksiyon yapılanlarda :

- a. Enfeksiyonun mihrakı ortadan kaldırılmıştır,
- b. Nihayi şifa sağlanmıştır,
- c. Geç komplikasyonlar yok gibidir,
- d. Geç rezeksiyon gibi sonradan bir ameliyat söz konusu değildir. Bu hususlar rezeksiyonun üstün taraflarıdır (6).

Rezeksiyon tipi Billroth II dir. Duodenumdaki iltihabi infiltrasyon ve ödem sebebi ile Billroth I tipinde bir rezeksiyon yapılmaz (10). Parsiel rezeksiyon için yaşı, genel durumu, zamanı uygun olan vak'alarda son zamanlarda perforasyonun yeri ve durumu bakımın-

dan bir sakınca yoksa selektif vagatomi ve piloroplasti uygulanan bir metoddur.

Perforasyon mide de ise ülserin tabiatı hakkında histo-patolojik teşhis yapılabilmişse, bir malign'te söz konusu değilse ülser etrafının lokal eksizyonu ile selektif vagatomi ve piloroplasti uygulanır (17). Bunun için, vak'ının 12 saatten erken ameliyat edilmesi, genel durumunun bozulmamış, yaşının 60 ın üzerinde olmaması ve perforasyon yerinin lokal olarak ülserin çıkarılmasına müsait bulunması lâzımdır. Eğer perforasyon yeri duodenumun ön yüzünde ve perforasyonun büyüklüğü 0,5 cm. yakın ise, etrafında ileri derece ödem yapmamışsa selektif vagatomi ve piloroplasti uygulanır (13).

24 vak'alık seride yukardaki endikasyonlar gözönünde bulundurulmuş ve 10 vak'ada «% 45» parsiel gastrektomi, 14 vak'ada «% 55» primer dikiş tatbik edilmiştir. Bu vak'alar arasında mortalite bir tanedir, yani % 4 dür. Ölüm sebebi corpulmonaledir. Buna rağmen serinin küçük olması farklı netice doğurabilir. Bu oran normal mide rezeksiyonu mortalitesi kadardır. Burda uygulanan ameliyat şekillerinin iyi ve kötü taraflarını incelersek vak'aya göre en uygun olanının seçilmesi titizliği yanında post operatif bakımın özel bir değeri vardır. Bu alınan netice indikasyonların isabet derecesi ve belki de Recover Room sisteminin bir başarısıdır.

ÖZET

1960 - 1966 yılları arasında I. Şirürji kliniğinde acil olarak müdahale edilen 24 mide-duodenum preforasyonun klinik belirtileri ve ameliyat şekilleri üzerinde bir inceleme yapıldı. 24 vak'ının 22 si erkek 2 si kadındır. En çok görüldüğü yaş 20 - 40 arasındır. Perforasyon daha çok Mart ve Ekim aylarında ve saat 14 - 19,30 arasında olmaktadır. Vak'aların % 45 de parsiel mide rezeksiyonu yapıldı. % 55 de primer dikiş tatbik edildi. Mortalite % 4 dür. Yani normal mide rezeksiyonundaki mortalite kadardır. Erken teşhis, zamanında müdahale, vak'aya uygun ameliyat seçilmesi, post operatuar bakım mortaliteye tesir eden faktörler olarak kabul edilmelidir.

SUMMARY

A study about 24 gastric and duodenal perforations based on clinical signs and treatment

Between 1960 - 1966, 24 patients with gastric or duodenal perforation were admitted to the First Surgical Clinic for urgent treatment. This study is based on their clinical signs and the types of operations that were applied.

There were 22 males and 2 females. The age incidence was between 20 - 40 years. Perforations are usually seen in march and in october, and between 14,00 - 19,30 hours. Partial gastric resection was applied to 45 % of the patients, and primary suture was applied to 55 %. Mortality rate is 4 %. This value is same for normal gastric resection mortality. Early diagnosis, prompt surgical intervention, type of operation and postoperative care are the factors that influence the mortality rate.

LİTERATÜR

- 1 — BERKVİST, A. AND SELDİNGER, I. : Contrast Roentgenography in Differential Diagnosis Between Perforated Ulcer and Acute Pancreatitis. Acta. Chir. Scand. 118 : 137, 1959.
- 2 — COPE, Z. : Die Rrühldiagnose des Akuten Abdomen. Stuttgart, 81, 1959.
- 3 — GSCHİTZER, F. : Perforation eines Akuten Postopeationen Duodenalgeschwürs der Pars Horizontalis Inferior. Zent. für Chirurgie, 32 : 1225, 1964.
- 4 — HAURRİCH, S. : Bockus Gastroenterology. Complications of Peptic Ulcer Disease. London, 568, 1963.
- 5 — HEGEMANN, G. : Problematisches in der Chirurgie des Magen-Duodenal-Geschwürs Der Chirurgie. 6 : 256, 1964.
- 6 — KNUPPER, H. : Beitrag zur Behandlung der Perforierten Magen und Zwölffinger darmgeschwüre, Zent. für Chirur. 7 : 216, 1966.
- 7 — KONURALP, H., BELGERDER, S., Arslan, Ü. : Gastro-Duodenal Ulkus Perforasyonları ve Tedavileri. İstanbul Tıp Fakültesi Mec. 30 : 227, 1967.
- 8 — KUNZ, H. : Das Akute Abdomen. Berlin, 94, 1960.
- 9 — KUNZLI, H., ROSECTTI, M. : Operationstaktik beim Perforation Ulcus. Lang. Arch. Klin. Chir. 308 : 921, 1963.
- 10 — NEUDEL, G., VOGEL, K. : Zur. Primarren Rezektion des Perforiertem Magen und Zwölffingerdarmgeschwürs. Zent. für Chirur. 4 : 94, 1966.

- 11 — NISSEN, R., HESS, W.: Chirurgische Operationslehre; Operationen Magen und Duodenum. Breitner, Innsbruck. 84, 1958.
- 12 — OSTAPOWICZ, G.: Ulcus Perforation bei einem Sögling. Zent. für Chirur. 9: 326, 1967.
- 13 — POSTH, H.: Die primäre Magen Resektion beim Perforierten Magen und Zwölffingerdarmgeschwürs. Lang. Arch. Klin. Chir. 308: 929, 1963.
- 14 — SCHIEFER, R.: Primäres Solitaires ulcus perforans Jejuni. Zent. für Chirur. 41: 1555, 1964.
- 15 — SCHWARZER, R.: Die Symptomarme Perforation des Gastroduodenal Ulcus. Zent. für Chirur. 4: 98, 1966.
- 16 — SEELEY, S., COMPELLİ, D.: Non Operative Treatment of Perforated Peptic Ulcer. Surg. Gynec. Obst. 102: 435, 1956
- 17 — SHACKELFORD.: Surgery of the Alimentary Tract. London, vol. 1. 358, 1956.
- 18 — SMOLINSKI, E.: Die Behandlung des Perforierten Ulcus Pyloricum durch eine Modifikation der Neumannschen Netzmanschette. Zent. für Chirur. 48: 1799, 1966.
- 19 — STICH, R.: Fehler und Gefahren bei Chirurgischen Operationen, Jena. 713, 1958.
- 20 — TAYLOR, H.: The non Surgical Treatment of Perforated Peptic Ulcer. Gastroenterology, 33: 353, 1957.
- 21 — YAYCIOĞLU, A.: Duodenum Ülseri Sebebi ile Mide Rezeksiyonu Yapılmış 242 Vak'ada erken, 100 Vak'ada Geç Komplikasyonlar Üzerinde bir Araştırma. A. Ü. Tıp Fak. Mecmuası, 4: 793, 1966.

(Mecmuaya geldiği tarih : 27 Aralık 1967).