

OMENTAL PLUG TECHNIQUE IN GIANT DUODENAL PERFORATION

Dev duodenal perforasyonlarda omental tıkaç tekniği

Cengiz Eriş¹, Bülent Kaya², Mehmet Kamil Yıldız¹, Hasan Abuoğlu¹, Orhan Bat²

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği¹,
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği², İstanbul, Türkiye

Yazışma adresi: Dr. Cengiz Eriş, Haydarpaşa Numune EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye
drbkaya@yahoo.com

Cer San D (J Surg Arts), 2014;7(2):106-108. <http://dx.doi.org/10.14717/jsurgarts.2014.131>

ABSTRACT

Giant duodenal ulcer perforations form the 1-2% of all perforations. The morbidity and mortality rates are high in these patients. The repair of these defects are difficult. Most of the time Graham duodenoraphy was used for repair. We are presenting two patients with giant duodenal ulcer perforations (larger than 2.5 cm) who were successfully treated with omental plug technique.

Key words: Duodenal ulcer, perforation, omental plug.

ÖZET

Dev duodenal ülser perforasyonları tüm perforasyonların %1-2'sini oluşturur. Ancak bu hastalarda morbidite ve mortalite oranları daha yüksektir. Bu geniş defektlerin onarımı birçok olguda ciddi problem olarak görülmektedir. Sıklıkla uygulanan cerrahi tamir yöntemi omentum ile yapılan Graham usulü duodenal rafidir. Dev duodenal perforasyona bağlı geniş defektlerle opere ettiğimiz (2.5 cm'den büyük) ve omental plag tekniğini uyguladığımız iki olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Duodenal ülser, perforasyon, omental tıkaç.

GİRİŞ

Peptik ülser hastalığının (PÜH) tedavisi, proton pompa inhibitörlerinin yaygın kullanımı sonrası önemli oranda değişmiştir. Günümüzde PÜH tedavisinde cerrahi, özellikle gelişen komplikasyonlarla sınırlanmış görünmektedir. Diğer yandan non steroid anti inflamatuvar ilaçların yaygın kullanımı kanama, perforasyon gibi komplikasyonların artmasına sebep olmuştur (1-3). Dev duodenal ülser perforasyonları, tüm perforasyonların %1-2'sini oluşturur (4). Ancak bu hastalarda morbidite ve mortalite oranları daha yüksektir. Bu geniş defektlerin onarımı birçok olguda ciddi problem olarak görülmektedir. Sıklıkla uygulanan cerrahi tamir yöntemi omentum ile yapılan Graham usulü duodenal rafi olmakla beraber başarısız tamirler az değildir. Biz kliniğimizde dev duodenal perforasyona bağlı geniş defektlerle opere ettiğimiz

(2.5 cm'den büyük) ve omental plag tekniğini uyguladığımız iki olgumuzu literatür eşliğinde sunmak istedik.

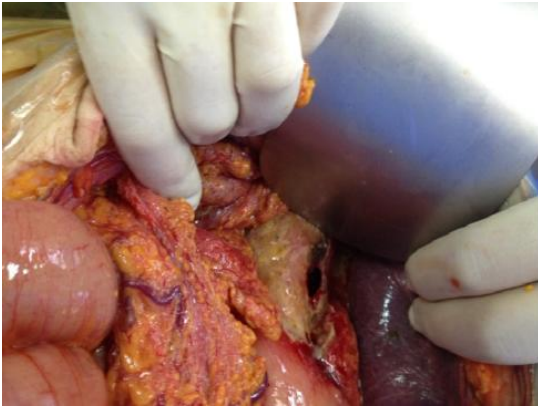
Olgu 1

Yaklaşık 2 gün önce başlayan şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil cerrahi polikliniğine getirilen hastanın solunumu takipneik, TA90/50 mm/Hg, NB 96/dk ve ateş 36.1°C olup fizik muayenesinde epigastrium başta olmak üzere tüm kadrantlarda defans ve rebound bulguları mevcuttu. Laboratuvar bulguları Wbc:12.500, Hgb:13 g/dL, Hct:40 ve kan gazlarında ph:7.1, laktat:8 idi. Kontrastlı batın BT'sinde perihepatik ve perisplenik alanlarda serbest sıvı izlendi (Resim 1). Hastanın genel durumunun bozulması ve şuurunun kapanması üzerine ASA 5E (DM, Ht, genel durum bozukluğu) ile hasta

acil ameliyata alındı. Eksplorasyonda karın içi yaklaşık 2000 cc kirli karakterde serbest sıvı ve safralı gıda artıkları izlendi. Ayrıca duodenum ön yüzde yaklaşık 3 cm'lik peptik ülser perforasyonuna bağlı olduğu düşünülen defekt izlendi (Resim 2). Batın içi serbest sıvı aspire edilip batın serum fizyolojik ile irriga edildikten sonra defektin büyük olması ve kenarlarının son derece frajil olmasından dolayı Graham rafiye uygun olmadığı düşünülüp defektten çıkarılan nazogastrik sondanın ucuna hazırlanan omentum (3/0) vikril ile tesbit edilip anesteziistlerin yardımı ile tekrar nazogastrik sonda geri çekilerek defekt omental tıkaç ile kapatıldı (Resim 3,4 ve 5). Hasta postoperatif 21.gün akciğer problemlerinden dolayı takip edildiği yoğun bakım ünitesinden servise alındı. Postoperatif 22.gün nazogastrik sondası çekilen hasta postop 26.gün şifa ile taburcu edildi.



Resim 1: Perforasyon sonrası batın içi serbest sıvı.

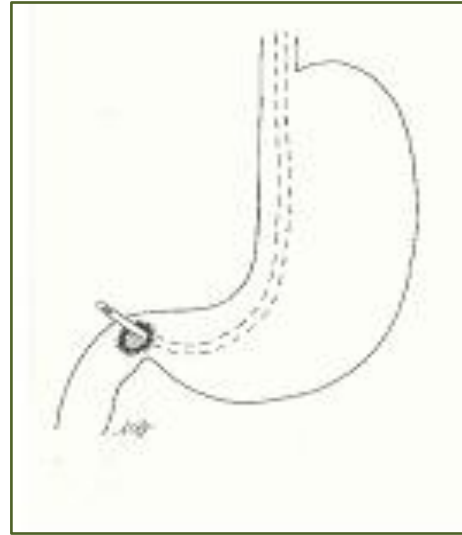


Resim 2: Dev duodenal perforasyon.

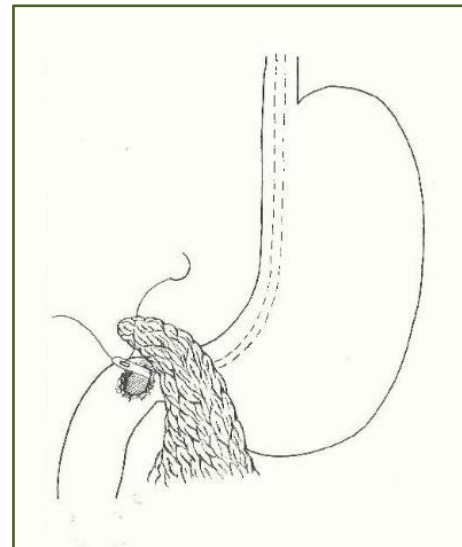
Olgu 2

Kardiyoloji kliniğinde miyokard infarktüsü tanısı ile takip edilmekte olan hastanın şiddetli karın ağrısı bulantı ve kusma yakınmaları nedeniyle kliniğimizden istenen konsültasyon üzerine hasta değerlendirildi. Genel durumu orta olan hastanın solunum takipneik, TA 110/70 mm/Hg, NB 84/dk ve ateş 37.9 °C olup fizik muayenesinde epigastrium ve karın sağ üst kadranda defans ve rebound bulguları mevcuttu. Laboratuvar bulguları Wbc:16.500, Hgb:10

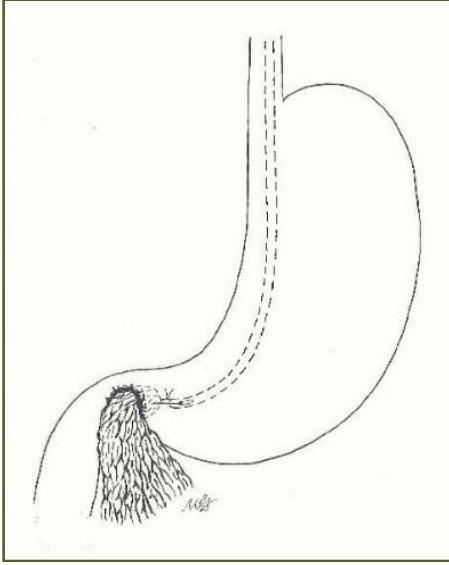
g/dLHct:31 idi. Batın BT'sinde perihepatik serbest sıvı izlendi. Ameliyata alınan hastanın yapılan eksplorasyonunda subhepatik lojda omentum ile çevrelenmiş kapalı perforasyon poşu olduğu görüldü. Poşa girilip yaklaşık 300 cc nekrotik sıvı ve gıda artıkları aspire edildi. Batın yaklaşık 5000 cc serum fizyolojik ile irriga edildikten sonra duodenum ön yüz yerleşimli yaklaşık 3 cm çapındaki perforasyona bağlı defektin kenarlarının frajil ve nekrotikti. Doku biyopsisi alındı ve omental tıkaç tekniği uygulanıp operasyona son verildi. Postoperatif takiplerinde patoloji sonucu adenokarsinom olarak raporlanan hastanın 3 ay sonra yapılan kontrol gastroskopisinde piloru infiltre eden yaklaşık 2x2 cm çapında kitle izlendi. Hastaya cerrahi eksplorasyon ve gastrojejunostomi uygulandı. Eksplorasyonda daha önce uygulanan omental tıkaç tekniğinin başarılı olduğu ve defekti tamamen kapattığı görüldü.



Resim 3: Perforasyondan nazogastrik sondanın çıkarılması.



Resim 4: Omentumun perfora alana getirilmesi.



Resim 5: Omentum'un perfore alana yerleştirilmesi.

TARTIŞMA

Peptik ülser hastalığının (PÜH) etkin medikal tedavisine rağmen son yıllarda NSAİ kullanımının yaygınlaşması ile komplikasyonların artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Bunlar arasında kanama, perforasyon ve penetrasyon en sık karşılaşılan komplikasyonlardır. Peptik ülser perforasyonu tüm ülser komplikasyonlarının yaklaşık %10-20'sini teşkil ederken, dev peptik ülser perforasyonları (DPÜP) %1-3,2'lik bir grubu oluşturmaktadır. PÜP'nun tedavisi cerrahi olup ilk defa 1929 yılında Cullen Jones omentopeksi tanımlamış ve ardından 1937 yılında teknik Graham tarafından modifiye edilerek günümüzde yaygın olarak kullanılan Graham usulü rafı olarak şekillenmiştir (3). PÜP acil cerrahide sık görülen bir patoloji olmasına rağmen DPÜP'nun tanımı, sıklığı ve tedavisi konusunda fikir birliği yoktur. Duodenal defektin genişliğinin 2 cm, 2,5 cm ile 3 cm ve üzeri olarak kabul eden çalışmalar mevcut olup tedavisinde Graham usulü omentopeksi, parsiyel gastrektomi, proksimal gastro-jejunostomi, jejunal serozal yama, antral yama ve omental tıkaçlama teknikleri görülmektedir. Mukhopadhyay ve ark.'nın 718 vakalık PÜP serilerininin 23'ünde (% 3,2) DPÜP'ü görülmüş olup 10 vakada omental tıkaçlama, 13 vakada ise omentopeksi yapılmıştır (5). Omental tıkaçlama yapılan grupta post operatif takipte intestinal fistül gözlenmemiş, omentopeksi yapılan grupta ise 3 vakada intestinal fistül izlenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gruplar arasında yara yeri enfeksiyonu, respiratuar komplikasyonlar, operasyon süresi, oral beslenmeye başlama ve mortalite gibi parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir. Gupta ve ark.'nın 162 vakalık PÜP serilerinde ise vakaları duodenal defektin büyüklüğüne göre 3 gruba ayırarak (0-1 cm, 1-3 cm ile 3 cm ve üzeri) sonuçlarını yayınlamışlardır. Birinci gruptaki 122 hastanın 119'una omental yama, 3'üne piloroplasti

yapılmış, 2. gruptaki 38 hastadan, 30 hastaya omental yama, 4 hastaya jejunal serozal yama ve kalan 4 hastaya da antrektomi uygulanmıştır. 3. gruptaki 2 DPÜP vakasından birinde antrektomi + Billroth 2 diğerine ise jejunal serozal yama uygulanmıştır. DPÜP'lu olgulardan antrektomi + Billroth 2 rekonstrüksiyonu yapılan hasta postoperatif 1.gün sepsis nedeniyle eksitusolmuştur. Gupta ve ark.'nın serisinde 3 cm'ye kadar olan duodenal defektlerde omental yama tekniğinin başarılı bulunduğu ancak DPÜP'da defektin çapına vurgu yapılmış (3 cm ve üzeri) olup tedavi seçiminin şekli açık bırakılmıştır. Kliniğimizde opere ettiğimiz 2 olgudan birincisi (59,K) postoperatif dönemde herhangi bir cerrahi komplikasyon gelişmesiz taburcu edilmiştir. İkinci vakada (84,E) ise postoperatif 3. ayda gelişen piloru infiltrate eden adenokarsinoma bağlı obstrüksiyon nedeniyle yapılan relaparotomide omental tıkaç'ın defekti tamamen kapattığı ve kaçakla uyumlu intraabdominal serbest mayi görülmemiştir. Literatürde dev duodenal defektlerin tedavilerindeki zorluğun özellikle duodenal duvardaki doku kaybına ve defektin etrafındaki dokuların son derece ödemli ve frajil olduğuna vurgu yapılmakta olup, major cerrahi prosedürlerin morbidite ve mortaliteyi artıracağı ifade edilmektedir. Omental tıkaç teknik olarak uygulanabilirliği son derece kolay bir yöntem olup dev duodenal perforasyon olgularında akılda bulunmasını önerdiğimiz bir cerrahi prosedürdür.

KAYNAKLAR

1. Thorsen K, Glomsaker TB, Von Meer A, Soreide K, Soreide JA. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J Gastrointest Surg* 2011;15(11):1329-35.
2. Moller MH, Shah K, Bendix J, Jensen A G, Zimmermann-Nielsen E, Adamsen S, et al. Risk factors in patients surgically treated for peptic ulcer perforation. *Scand J Gastroenterol* 2009;44(2):145-52.
3. Gupta S, Kaushi KR, Sharma R, Attri A. The management of large perforations of duodenal ulcers. *BMC Surgery* 2005;5(1):1-5.
4. Cienfuegos JA, Rotellar F, Valentí V, Arredondo J, Baixauli J, Pedano N, Bellver M, Hernández-Lizoain JL. [Giant duodenal ulcer perforation: a case of innovative repair with an antrum gastric patch]. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012 ;104(3):436-9.
5. Mukhopadhyay M, Banerjee C, Sarkar S, Roy D, Rahman QM. Comparative study between omentopexy and omental plugging in treatment of giant peptic perforation. *Indian J Surg.* 2011;73(3):341-5.
6. Gupta S, Kaushik R, Sharma R, Attri A. The management of large perforations of duodenal ulcers. *BMC Surg.* 2005;25(1);5:15.