

Duodenal ülser perforasyonlarının cerrahi tedavisi

Surgical management of perforated duodenal ulcers

Dr. Abdulkadir BEDİRLİ¹, Dr. Erdoğan M.SÖZÜER¹, Dr. Zeki YILMAZ¹, Dr. Yaşar YEŞİLKAYA¹, Dr. Cuma YILDIRIM²

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı¹, İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı², Kayseri

ÖZET: Bu çalışmada, duodenal ülser perforasyonu nedeniyle opere edilen 169 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların çoğunluğu erkek olup (161 hasta, %95.3) genel yaş ortalaması 43.4 (17-84) idi. Tanı 160 hastada fizik muayenedeki akut karın bulgularına göre konuldu. Direkt karın grafilerinde 122 hastada (%72.2) diafragma altında serbest hava vardı. Primer suture konan 141 hastanın %52.5'de generalize peritonit hali varken, definitif cerrahi uygulanan 28 hastanın %28.6'da generalize peritonit hali vardı. Operatif mortalite %8.2 olup bu hastaların hepsi ilave ciddi hastalıkları olan, çoğu generalize peritonitli ve operasyonda sadece primer suture uygulanan hastalardı. Primer suture uygulanan ve postoperatif dönemde düzenli ilaç kullanan 106 hastaya ortalama 12 hafta sonra endoskopi yapıldı. *Helicobacter pylori* eradikasyonu için medikal tedavi uygulanan 43 hastanın 37'sinde (%87) ülserin iyileştiği tespit edilirken, sadece H2 reseptör blokleri alan 55 hastanın 39'unda (%70.9) ülserin iyileştiği tespit edildi. Sonuç olarak kronik ülser hikayesi olmayan, düzenli ilaç kullanmamış, pilor geçişi iyi olan duodenal ülser perforasyonlarında primer suture ve postoperatif erken dönemde asit sekresyonunu azaltmak ve *Helicobacter pylori* eradikasyonu için medikal tedavi tercih edilebilir bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Duodenal ülser, perforasyon, cerrahi tedavi, *Helicobacter pylori*

PEPTİK ülser gastrointestinal sistemin sık görülen hastalıklarından birisidir. Duodenal ülser hastalığı midadült dönemde ve daha çok erkeklerde görülür. Klinik tip olarak gergin, aktif, saldırgan, sigara içen ve alkol tüketen kişiler yüksek risk grubunu oluşturur. Duodenal ülser hastalığı ezilme tarzında, zaman zaman keskin ve epigastriuma lokalize ağrı ile karakterizedir. Duodenal ülser görülme sıklığı son 30 yılda azalmıştır (1,2,3). Bunun en önemli nedeni histamin (H)2 reseptör antagonistlerinin yaygın kullanımıdır. Duodenal ülser oluşumunda aşırı mide asit sekresyonu, endokrin kontrol mekanizmalarında defekt ve duodenumdaki asidin nötralizasyonundaki bozukluk olmak üzere üç majör mekanizma rol oynar (4). Duodenal ülserli hastalarda yemek sonrası aşırı bir asit sekresyonu olur. Normalde antrumda asit artışı sonrası görülen gastrin salınımının inhibis-

SUMMARY: In this study, 169 patients operated for duodenal ulcer perforation were evaluated retrospectively. There were 161 male (95.3%) patients with median a age of 43.4 (17-84). Acute abdominal symptoms were found in 160 patients. Upright abdominal radiographs revealed pneumoperitoneum in 122 patients (72.2%). In 141 patients, application of a primary suture was the method of surgery, and 52.5% of these patients had generalized peritonitis. The rest of 28 patients had definitive peptic ulcer surgery. Only 28.6% of these 28 patients were complicated with generalized peritonitis. Overall operative mortality was 8.2%. All mortal patients were among patients treated with primary suture. All of them had serious medical diseases and generalized peritonitis while this retrospective analysis of surgical management of duodenal ulcer perforation revealed an increased mortality in patients treated with primary suture when compared to patients treated with definite peptic ulcer surgery, this result may reflect a selection bias of selecting complicated cases for primary suture surgery.

Key Words: Duodenal ulcer, perforation, surgical therapy, *Helicobacter pylori*

yonu bu hastalarda görülmez. Ayrıca prostaglandin üretiminde ve bikarbonat sekresyonunda azalma olması duodenumdaki mukozal defans mekanizmalarında hasara neden olabilmektedir (5). Son olarak *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) bugün için ülser oluşumunda önemli role sahiptir. *H.pylori* gram-negatif, mikroaerofilik bir basil olup, midede yıllar önce tespit edilmesine rağmen ilk kez 1982'de kronik gastritli bir hastada kültürü elde edilmiştir (6). Duodenal ülser tanısı alan hastaların %90'ı asit sekresyonunun azaltılması ile tedavi olabilmektedirler (4). Küçük bir kısmında medikal tedaviye yanıt alınmaz ve hastalık multipl relapslarla devam eder. Bu hastalarda *H.pylori* eradikasyonunun tekrar eden ülser formasyonunu engellediği ileri sürülmektedir (7,8). Günümüzde duodenal ülser hastalığı nedeni ile cerrahi uygulanan hastaların yaklaşık yarısını, kanama, obstrüksiyon ve perforasyon gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlar ile acil cerrahi uygulanan hastalar oluşturmaktadır (9,10). Perforasyon, duodenal ülserli hastaların ortalama %5-10'unda görülür (11). Hastalarda daima omentum

ya da komşu organlar tarafından perforasyonu sınırlama eğilimi vardır. Hastaların %5'inde zamanla bu sınırlama yetersiz kalacak ve perforasyona bağlı generalize peritonit kliniği gelişecektir. Acil cerrahi gerektiren bir durumdur ve operasyon uygun resusitasyon yapıncaya kadar ertelenmelidir. Günümüzde perforasyon ile gelen hastalarda hangi cerrahi tedavi yöntemin uygulanacağı hala tartışmalı bir konudur. Primer sütür ve çeşitli definitif cerrahi şekilleri vardır. Perforasyon süresi, peritonitin şiddeti, ülserin akut veya kronik oluşu, şok hali gibi faktörler hastalara uygulanacak cerrahi yöntemin seçiminde önemlidir (4,11).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ocak 1990-Mayıs 1996 tarihleri arasında duodenal ülser perforasyonu nedeniyle opere edilen 8'i kadın, 161'i erkek ve genel yaş ortalaması 43.4 (17-84 yaşları arasında) olan 169 hastayı retrospektif olarak inceledik. Bu hastalar yaş, cins, perforasyon süresi, preoperatif tanı koyma yöntemi, perforasyonun çapı, peritonit hali, ilave hastalık, uygulanan cerrahi yöntem, postoperatif komplikasyonlar, mortalite ve geç postoperatif sonuçlar açısından değerlendirildi. Postoperatif komplikasyon ve mortalite, primer sütür konan ve definitif cerrahi uygulanan hastalar arasında karşılaştırıldı. Primer sütür konan hastalara operasyondan hemen sonra duodenal ülser için medikal tedavi başlandı ve medikal tedavi protokolleri kendi aralarında karşılaştırıldı. Ayrıca definitif cerrahi uygulanan hastalar uzun dönem sonuçları için kontrollere çağrıldı ve standart sorular sorularak Visick klasifikasyonuna göre derecelendirildi (12). Ayrıca kontroller esnasında ülserin iyileşip iyileşmediğini tespit etmek için hastalara endoskopi yapıldı.

Tanı yöntemlerinde fizik muayenede peritoneal irritasyon bulgularından ve direkt karın ile akciğer grafilерinden yararlanıldı. Bazı olgularımıza abdominal ultrasonografi (USG) incelemesi yaptırıldı. Hastalarımıza başvuru esnasında sıvı resusitasyonu ile tanı işlemlerini takiben profilaktik ve tedavi amaçlı olarak antibiyotik uygulaması yapıldı. Belirgin peritoneal kirlenmesi, karın içinde pürülan yaygın mayisi olan olgular generalize peritonit olarak değerlendirilirken, peritoneal kirlenmenin minimal olduğu olgular lokalize peritonit olarak değerlendirildi.

Cerrahi işlem olarak primer sütür, primer sütür+trunkal (T) vagotomi+gastrojejunostomi, T.

vagotomi+Heineke-Mikulicz piloroplasti, T. vagotomi+antrektomi+gastrojejunostomi, primer sütür+proksimal gastrik vagotomi ve laparoskopik primer sütür uygulandı. Bu operasyonlar uzmanlık sürecinde olan veya uzmanlığına bir yıldan daha az olan cerrahlar tarafından yapılmış ve operasyon şeklinin seçiminde cerrahın tercihide etkili olmuştur. Generalize peritonitli tüm olgularda karın kapatılmadan önce 1500-4000 ml arasında değişen miktarlardaki serum fizyolojikle intraperitoneal yıkama işlemi yapıldı ve bütün hastalarımızda cilt primer olarak kapatıldı.

BULGULAR

Duodenal ülser perforasyonu ile opere edilen 169 hastanın 93'ünde (%55) 3 aydan daha uzun süren ülsere ait semptomlar vardı. Geri kalan 76 hastada (%45) akut ülser hikayesi vardı. Hastaların anamnezleri incelendiğinde 3 hastada ülsere bağlı geçirilmiş üst gastrointestinal sistem kanaması hikayesi, diğer bir 3 hastada geçirilmiş duodenal ülser perforasyonu hikayesi tespit edildi. Fizik muayenede 160 hastada akut karın bulguları vardı. Ateş hastaların 2'sinde, lökositöz 76 hastada tespit edildi. Preoperatif dönemde 10 hastada sistolik kan basıncı 100 mmHg altında idi ve bu hastaların tümüne operasyonda primer sütür kondu. Ayrıca 28 hastada acil servise başvurdıklarında prerenal azotemi vardı. Direkt karın grafilерinde 122 (% 72.2) hastada diafragma altında serbest hava tespit edildi.

Perforasyondan sonraki ilk 6 saatte operasyona alınan 66 hastanın 47'sinde (%71.2) lokalize peritonit varken, perforasyon süresi 12 saati geçen 49 hastanın 41'inde (%83.7) generalize peritonit hali vardı (Tablo 1).

Perforasyon çapı 0-5mm arasında olan 115 hastanın 83'ünde (%72.2) lokalize peritonit hali varken, perforasyon çapı 6-10 mm arasında olan 44 hastanın 42'sinde (%95.5) generalize peritonit vardı (Tablo 2)

Tablo 1. Perforasyon süresi ve peritonit şiddeti

Süresi	Hasta sayısı	Peritonit hali	
		Lokalize	Generalize
0-6 saat	66	47 (%71.2)	19 (%28.8)
7-12 saat	54	32 (%59.3)	22 (%40.7)
>12 saat	49	8 (%16.3)	41 (%83.7)

Tablo 2. Perforasyonun çapı ve peritonit hali

Perforasyon çapı	Hasta sayısı	Peritonit hali	
		Lokelize	Generalize
0-5 mm	115	83 (%72.2)	32 (%27.8)
6-10 mm	44	2 (%4.5)	42 (%95.5)
>10 mm	10	2 (%20)	8 (%80)
Toplam	169	87 (%51.5)	82 (%48.5)

Laparotomi için 164 hastada üst orta hat, 3 hastada sağ alt paramedian, 2 hastada Mc-Burney insizyon kullanıldı. Mc-Burney insizyon ile laparotomi yapılan hastaların hepsinde appendiksin normal olduğu, patalojinin duodenal ülser perforasyonu olduğu tespit edilmesi üzerine appendektomi sonrası, üst orta hat insizyonla perforasyon primer olarak tamir edildi. Sağ alt paramedian kesilerde perforasyonun tamiri için insizyon yukarıya doğru uzatıldı.

Primer sütür konan hastalardan 1'i ortopedi servisinde multipl fraktürleri nedeni ile opere edilmiş, diğer hasta kalp damar cerrahi servisinde koroner by-pass geçirmiş hastalardı. Her iki hastada postoperatif dönemde akut karın bulguları gelişmesi üzerine operasyona alındı ve duodenal ülser perforasyonu tespit edilerek primer sütür kondu.

Serimizdeki 47 hastada (27.8) başta kardiovasküler ve pulmoner hastalıklar olmak üzere 61 adet ilave hastalık mevcut idi (Tablo 3).

Operasyonda toplam 141 hastaya (%83.4) sadece primer sütür kondu, 28 hastaya (%16.6)

definitif cerrahi uygulandı. Hastalara uygulanan cerrahi işlemler Tablo 4'de görülmektedir.

Definitif cerrahi genellikle perforasyondan sonraki ilk 6 saatte operasyona alınan, şok hali olmayan, lokalize peritonitli hastalarda tercih edildi.

Tablo 4. Hastalara uygulanan cerrahi işlemler

Cerrahi işlem	Hasta sayısı	%
Primer sütür	140	82.8
Primer sütür+T. vagotomi+gastrojejunostomi	14	8.3
T. vagotomi+Heineke-Mikulicz piloroplasti	11	6.5
T. vagotomi+antrektomi+gastrojejunostomi	2	1.2
Proksimal gastrik vagotomi	1	0.6
Laparoskopik primer sütür	1	0.6
Toplam	169	100

Tablo 3. İlave hastalıklar

İlave hastalık	n	%
Kardiovasküler hastalık	27	44.3
Pulmoner hastalık	21	34.4
Diabetes mellitus	4	6.5
Malign hastalık	3	4.9
Kronik böbrek yetmezliği	2	3.3
Kronik karaciğer hastalığı	2	3.3
Nörolojik hastalık	2	3.3
Toplam	61	100

Fakat generalize peritonitli 8 hastada (%4.7) pilorik deformite ile darlık yapmış kronik duodenal ülser tespit edilmesi üzerine hastalara T. vagotomi + gastrojejunostomi uygulandı (Tablo 5).

Primer sütür uygulanan hastaların 14'ünde (%9.9) definif cerrahi işlem uygulanan hastaların ise 5'inde (%17.9) başta akut böbrek yetmezliği ve yara enfeksiyonu olmak üzere çeşitli komplikasyonlar görüldü (Tablo 6).

Postoperatif erken dönemde toplam 14 hasta (%8.3) kardiyak yetmezlik ve sepsis gibi nedenlerden dolayı kaybedildiler (Tablo 7). Postoperatif erken dönemde exitus olan hastaların hepsi operasyonda sadece primer sütür konulan hastalar olup, bunların 13'ünde generalize peritonit hali vardı.

Sadece primer sütür uygulanan hastalara ameliyattan hemen sonra duodenal ülser için medikal tedavi başlandı. Bu tedavide H2 reseptör blokerleri, proton pompa inhibitörleri ve H.pylori eradikasyonu için ilaçlar kullanıldı. Hastalara uygulanan medikal tedavi süresi H2 reseptör blokerleri ve proton pompa inhibitörleri alan hastalarda ortalama 7 hafta iken, H.pylori eradikasyonu uygulanan hastalarda ise ortalama 5 hafta idi. H.pylo-ri eradikasyonu için ensik kollaial bizmut subnitrat'ı, amoksisilin, metronidazol ve omeprazol kombinasyonu kullanıldı. Bu hastalardan sadece 106'sı düzenli ilaç kullandı ve hastalara ortalama 12 hafta sonra endoskopik kontroller yapıldı.

Tablo 5. Operasyonda yapılan işlem ve peritonit hali

Cerrahi işlem	Hasta sayısı	Peritonit hali	
		Lokelize	Generalize
Primer sütür	141	67 (%39.7)	74 (%43.8)
Definitif işlem	28	20 (%11.8)	8 (%4.7)
Toplam	169	87 (%51.5)	82 (%48.5)

Tablo 6. Postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar

Komplikasyon	Primer tamir		Definitif cerrahi		Toplam	
	Hasta sayısı	%	Hasta sayısı	%	Hasta sayısı	%
Akut böbrek yetmezliği	5	3.5	1	3.6	6	3.6
Yara enfeksiyonu	4	2.8	1	3.6	5	3.0
Pulmoner yetmezlik	3	2.1	-	-	3	1.8
Brid obstrüksiyonu	1*	0.7	1	3.6	2	1.2
İntraabdominal apse	1	0.7	-	-	1	0.6
Anastomoz kaçağı	-	-	1	3.6	1	0.6
Gastrik staz	-	-	1**	3.6	1	0.6
Toplam	14	9.9	5	17.9	19	11.2

*Bu hasta tekrar ameliyata alındı ve bridektomi yapıldı.

**Bu hastaya ilk operasyonda Billroth I yapılmıştı. Postoperatif dönemde gastrik staz gelişti ve relaparotomi yapıp Billroth II'ye çevrildi.

H. pylori eradikasyonu için medikal tedavi uygulanan 43 hastanın 37'sinde (%87) ülserin iyileştiği tespit edilirken, postoperatif dönemde sadece H2 reseptör blokleri alan 55 hastanın 39'unda (%70.9) ülserin iyileştiği tespit edildi. Endoskopi sonuçları Tablo 8'de gösterilmektedir.

Duodenal ülser perforasyonu ile gelip primer sütür konan ve postoperatif dönemde tavsiye edilen medikal tedavi protokolüne uymayan bir hasta 1 yıl sonra ülserle bağlı üst gastrointestinal sistem kanaması ile geldi. Uzun süre düzenli medikal tedavi (H2 reseptör blokleri ve proton pompa inhibitörleri) alan 2 hastada endoskopik olarak ülserin iyileşmediği tespit edilmesi üzerine hastalardan birine T. vagotomi+antrektomi+gastrojejunostomi, diğerine ise T. vagotomi+Heinece Mikulicz piloroplasti yapıldı.

Definitif cerrahi uygulanan hastaların 5'inde (%17.9) postoperatif geç dönemlerinde medikal tedaviye cevap veren ağrı yakınmaları oldu ve bu hastalar Visick klasifikasyonuna göre grade III olarak değerlendirildi. Bu hastalara yapılan endoskopik muayenelerinde alkalen reflü gastrit tespit edildi ve medikal tedavi ile semptomların azaldığı görüldü. Hastaların uzun dönem sonuçları için takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Peptik ülser hastalığı mide asidi ile temasta bulunan gastrointestinal mukozada, koruyucu faktör-

lerin azalması veya saldırgan nedenlerin artması sonucu meydana gelen mukozal zedelenmedir. Son yıllarda peptik ülser epidemiyolojisi hakkındaki bilgilerimiz gittikçe artmaktadır. Etiyolojide sigara içimi, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve *H. pylori* enfeksiyonu önemlidir. Bunlardan *H. pylori* asitle birlikte ülser etyopatogenezinde rol oynayan en güçlü saldırgandır. Son 30 yıldır H2 reseptör antagonistlerinin tanımlanması ve asit blokajı için tedavide kullanılmaları ile peptik ülser hastalığı için elektif operasyon sıklığı dramatik olarak azalmıştır (1-3). Bununla beraber, obstrüksiyon, kanama ve perforasyon gibi ülser komplikasyonları nedeniyle acil cerrahi gerektiren ülser olgularında genel olarak bir değişiklik olmamıştır. Perforasyon duodenal ülser hastalarında %5-10 oranında gelişebilecek bir komplikasyondur (11). Sıklıkla orta yaş erkek hastalarda görülür. Bizim serimizde de yaş ortalaması 43.4 olup hastalarımızın büyük bir kısmını erkek hastalar oluşturmaktadır (%95.3). Hastaların %60-75'de anamnezde ülser hastalığına ait hikaye vardır (4,13,14). Fizik muayenede akut karın bulguları vardır. Ayakta direkt karın grafilerinde diafragma altında serbest hava bulunma oranı %65-75'dir (9). Serimizde bu oran %72 olarak tespit edilmiştir.

Duodenal ülser perforasyonunda hastaneye başvuru anında şok hali bulunması, perforasyondan sonra operasyona kadar geçen sürenin 24 saatden fazla olması, ilave ciddi medikal hastalık bulunması prognozu olumsuz olarak etkileyen faktörlerdir (4,11,15). Serimizdeki 10 hastada (%5.9) preoperatif dönemde sistolik kan basıncı 100 mmHg'nın altında idi ve bu hastaların tümüne primer sütür uygulandı. Ayrıca 47 hastamızda (%27.8) başta kardiovasküler ve pulmoner hasta-

Tablo 7. Mortalite nedenleri

Mortalite nedeni	Hasta sayısı	%
Kardiak yetmezlik	7	4.1
Sepsis	7	4.1
Toplam	14	8.2

Tablo 8. Primer sütür uygulanan hastalara uygulanan medikal tedavi ve sonuçları

Medikal tedavi	Hasta sayısı	Endoskopi sonuçları	
		İyileşmiş ülser	İyileşmemiş ülser
H2 reseptör blokerleri	55	39 (%70.9)	16 (%29.1)
H.pylori tedavisi	43	37 (%87)	6(%13)
Proton pompa inhibitörleri	8	6 (%75)	2 (%25)
Toplam	106	82 (%77.4)	24 (%22.69)

lıklar olmak üzere ciddi ilave hastalıklar vardı. İrvin 70 yaş ve üstündeki perfore peptik ülser olgularında %34, 70 yaş altındaki perfore peptik ülser olgularında %14 mortalite tespit etmiş ve yukarıdakilere ilaveten yaştan da önemli bir prognostik faktör olduğunu vurgulamıştır (16). Ball ve ark. ise 70 yaş ve üstü hastalarda eğer beraberinde şok varsa mortalitenin %100, beraberinde şok yoksa mortalitenin %25 olduğunu tespit etmişlerdir (17). Peptik ülser olgularında perforasyondan sonra tedavinin gecikmesi sonucu peritonitin şiddeti artmakta ve sonuçta morbidite, mortalite oranları yükselmekte, hastaların hastanede kalış süreleri ise uzamaktadır (18). Serimizde perforasyondan sonraki ilk 6 saatte operasyona alınan hastaların %71.2'sinde lokalize peritonit varken, 12 saati geçen olguların %84'ünde generalize peritonit hali vardı. Peritonitin şiddetini göstermek, morbidite ve mortalite oranları ile peritonit şiddeti arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için en sık kullanılan skorlama sistemi Mannheim peritonit indeksi'dir (19). Altaca ve ark. perfore peptik ülser olgularında yeni bir skorlama sistemi sistemini kullanmışlar ve bunu Mannheim peritonit indeksi ile karşılaştırmışlardır (20). Bu skorlama sisteminde perfore peptik ülser olgularında ciddi ilave medikal hastalık, mm3'de 20.000'den fazla lökosit değeri, akut böbrek yetmezliği ve erkek seks olumsuz prognostik faktörler olarak belirlenmiştir. Perforasyonun çapı ile peritonit şiddeti arasındaki ilişki net olmamakla birlikte bizim çalışmamızda perforasyon çapı 0-5 mm olan hastalarda generalize peritonit %27.8 tespit edilirken, perforasyon çapı 10 mm'den fazla olan hastaların %80'inde generalize peritonit tespit edildi.

Perfore duodenal ülser çok nadir durumlar haricinde acil cerrahi girişim gerektirir. Fakat hangi cerrahi tekniğin tercih edilmesi gerektiği hala tartışmalıdır. Hastanın yaşı, genel durumu, ilave medikal hastalıklar, peritonitin derecesi, ülserin akut veya kronik oluşu, pilor geçişi gibi faktörler cerrah tarafından değerlendirilir. Bu durumda

cerrahın iki seçeneği vardır; perforasyonun primer sütür ile kapatılması veya definitif ülser cerrahisinin uygulanması. Eğer definitif cerrahi uygulanacaksa ne tip ülser ameliyatı yapacağına da karar verme durumundadır. İlk defa Graham tarafından 1896 yılında uygulanan primer sütür yöntemi hala peptik ülser perforasyonlarında en sık kullanılan cerrahi yöntemdir (4). Bununla beraber özellikle prognostik faktörleri uygun hastalarda definitif cerrahi uygulanabilir. Yapılan çalışmalar risk faktörü olmayan hastalarda primer sütür ile definitif cerrahi arasında morbidite ve mortalite yönünden fark olmadığını göstermektedir (16,21). Rizoli ve ark. perioperatif şok hali olmayan, ilave ciddi medikal hastalığı olmayan, perforasyondan sonraki ilk 12 saatte operasyona alınan, APACHE II skoru 11'in altında olan 65 hastada yaptıkları bir çalışmada vagotomi+drenaj sonuçlarının primer sütürden daha iyi olduğunu gözlemişlerdir (22). Yine şiddetli peritonit olgularında primer sütür sonrası hastalara PGV uygulanmasının gerektiğini böylece aynı seansta hem perforasyonun tamiri hemde definitif ülser cerrahisinin uygulanmasının avantajlarını belirten ve PGV'nin primer sütüre oranla hastalara ilave morbidite-mortalite eklemediğini belirten çalışmalarda vardır (13,23,24,25). Son zamanlarda laparoskopik teknikle primer sütür diğer bir cerrahi yöntem olarak karşımıza çıkmıştır (26). Serimizdeki bir hastada perforasyon laparoskopik teknikle primer olarak onarıldı.

Literatürde değişik çalışmalarda duodenal ülser perforasyonlarında mortalite %4 ile %10 arasında bildirilmektedir (16,27,28). Serimizde mortalite oranı, %8.2 olarak bulunmuştur. Bu hastaların hepsi ilave medikal hastalıkları olan, yüksek risk taşıyan ve operasyonda sadece primer sütür konan hastalardı.

Duodenal ülser perforasyonu nedeniyle opere edilip sadece primer sütür konan hastalara operasyondan hemen sonra peptik ülser hastalığı için

medikal tedavi başlanmalıdır. Burada seçilebilecek ilaçlar H₂ reseptör antagonistleri veya proton pompa inhibitörleri gibi asit azaltıcı ajanlar olabilir. Son on yılda H.pylori konusunda elde edilen bilgiler peptik ülser hastalığında önemli gelişmelerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bilindiği gibi duodenal ülser olgularında %90, gastrik ülser olgularında ise %65 oranında H.pylori pozitifliği vardır (29). Sebastian ve ark. yaptıkları bir çalışmada 29 perforate duodenal ülser olgusuna operasyonda sadece primer sütür koymuşlar ve hastalara postoperatif 8.gün yapılan 13C üre-nefes testinde 24 hastada pozitif sonuç alınmış, aynı gruptaki 17 hastaya operasyondan 6 hafta sonra yapılan endoskopilerinde 12 hastada aktif H.pylori enfeksiyonu tespit etmişlerdir (30). Bizim çalışmamızda da operasyonda sadece primer sütür uygulanan 141 hastaya operasyondan hemen sonra peptik ülser hastalığı için medikal tedavi uygulandı. H₂ reseptör antagonistleri kullanan ve endoskopik kontrolleri yapılan 55 hastanın 39'unda (%71) iyileşmiş ülser tespit edilirken, H.pylori eradikasyonu yapılan 43 hastanın 37'sinin (%87) endoskopilerinde ülserin iyileştiği tespit edildi. Perforasyonla gelen duodenal ülser olgularında operasyonda sadece primer sütür koyup postoperatif dönemde H.pylori eradikasyonu için medikal tedavi uygulanması bir tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmıştır. Ayrıca bilindiği gibi asit azaltıcı definitif ülser cerrahilerinin erken dönem dışında geç dönemde de birçok komplikasyonu da vardır. Tanphiphat ve ark. duodenal ülser perforasyonu nedeniyle definitif cerrahi uyguladıkları 32 hastanın

5'inde (%15.6) Visick's sınıflamasına göre grade III ve IV semptomları olmuş (21). Bizim çalışmamızda genellikle perforasyondan sonraki ilk 6 saatte operasyona alınan, şok hali olmayan, sıklıkla lokalize peritonitli 28 hastaya (%16.6) definif cerrahi uygulandı. primer sütür+T. vagotomi+gastrojejunostomi uygulanan 4 hasta, T. vagotomi+Heineke-Mikulicz piloroplasti uygulanan bir hasta olmak üzere toplam 5 hastada (% 17.9) postoperatif geç dönemde medikal tedaviye cevap veren ağrı yakınmaları oldu ve bu hastalar Visick derecelendirilmesine göre grade III olarak değerlendirildi. Bu hastalara yapılan endoskopilerinde alkalen reflü gastrit tespit edilip medikal tedavi ile semptomlarının azaldığı tespit edildi.

Sonuç olarak peptik ülser perforasyonu ile gelen hastalarda yaş, cins, peritonit şiddeti, şok halinin olup olmaması, operasyona alınana kadar geçen süre ve ilave ciddi medikal hastalıklar prognozu belirleyen önemli faktörlerdir. Perfore ülser olgularında uygulanacak cerrahinin seçimi hala tartışmalı bir konudur. Kronik ülseri olmayan, ilave ciddi medikal hastalıkları olan, generalize peritoniti olan, şok bulguları olan, pilor geçişi iyi olan, gecikmiş duodenal ülser perforasyonlarında sadece primer sütür tercih edilmelidir. Ayrıca daha önce kronik duodenal ülser nedeniyle H.pylori eradikasyonu için ilaç kullanmayan ve perforasyonla gelen hastalarda prognostik faktörleri uygun olsa dahi sadece primer sütür konup erken postoperatif dönemde H.pylori eradikasyonu için medikal tedavi kullanılması tercih edilebilir bir tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Penn I. The declining role of the surgeon in the treatment of acid-peptic diseases. Arch Surg 1980; 115:134-135.
2. Fineberg HV, Pearlman LA. Surgical treatment of peptic ulcer in the United States: trends before and after the introduction of cimetidine. Lancet 1981; 1:1305-1307.
3. McKay AJ, McArdle CS. Cimetidine and perforated peptic ulcer. Br J Surg 1982; 108:891-895.
4. Yeo CJ, Zinner MJ. Duodenal ulcer. In: Zuidema GD. Surgery of the alimentary tract. Volume II. Stomach and duodenum, 4th ed. Philadelphia. W.B. Saunders 1996; 64-79.
5. Soll AH. Pathogenesis of peptic ulcer and implications for therapy. N Eng J Med 1990; 322:909-917.
6. Warren JR. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet 1983; 1:1273-1275.
7. Sloane R, Cohen H. Common-sense management of Helicobacter pylori-associated gastroduodenal disease. Gastroenterol Clin North Am 1993; 22:199-206.
8. Tytgat GNJ, Noach LA, Rauws EAJ. Helicobacter pylori infection and duodenal ulcer disease. Gastroenterol Clin North Am 1993; 22:127-139.
9. Bruce E.S. Current surgical management of duodenal ulcers. Surg Clin North Am 1992;72:335-356.
10. Christensen A, Bousfield R, Christensen J. Incidence of perforated and bleeding peptic ulcers before and after introduction of H₂-receptor antagonists. Ann Surg 1988; 207:4-6.
11. Feliciano DV. Do perforated duodenal ulcers need an acid-decreasing surgical procedure now that omeprazole is available. Surg Clin North Am 1992;72:369-380.
12. Goligher JC, Pulvertaft CN, De Dombal FT, et al. Five to eight-year results of Leeds York trial of elective surgery for duodenal ulcer. Br Med J 1968; 2:781-787.
13. Boey J, Branicki FJ, Alagaratnam TT, et al. Proximal gastric vagotomy: The preferred operation for perforations in acute duodenal ulcer. Ann Surg 1988; 208:169-174.
14. Boey J, Lee NW, Koo J, et al. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers: a prospective controlled trial. Ann Surg 1982; 196:338-344.
15. Boey J, Choi SKY, Alagaratnam TT, Poon A. Risk stratification in perforated duodenal ulcers: a prospective validation of predictive factors. Ann Surg 1987; 205:22-26.
16. Irvin TT. Mortality and perforated peptic ulcer: a case for risk stratification in elderly patients. Br J Surg 1989; 76:215-218.
17. Ball ABS, Evans T, Evans SJ. Operative mortality after perforated peptic ulcer. Br J Surg 1989; 76:521-522.

18. Svanes C, Lie RT, Svanes K, Lie SA, Sreide O. Adverse effects of delayed treatment for perforated peptic ulcer. *Ann Surg* 1994; 220:168-175.
19. Függer R, Rogy M, Herbst F, Schemper M, Schulz F. Validierungsstudie zum Mannheimer peritonitis-index. *Chirurg* 1988; 59:598-601.
20. Altaca G, Sayek İ, Onat D, Çakmakçı M, Kamiloğlu S. Risk factors in perforated peptic ulcer disease: Comparison of a new score system with the Mannheim peritonitis index. *Eur J Surg* 1992; 158:217-221.
21. Tanphiphat C, Tanprayoon T, Na Thalang A. Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: a prospective trial between simple closure and definitive surgery. *Br J Surg* 1985; 72:370-372.
22. Rizoli SB, Neto AC, Diorio AC, Moreira MA, Mantovani M. Risk of complication in perforated duodenal ulcer operations according to the surgical technique employed. *Am Surg* 1993; 59:312-314.
23. Christiansen J, Andersen OB, Bonnesen T, Baekgaard N. Perforated duodenal ulcer managed by simple closure versus closure and proximal gastric vagotomy. *Br J Surg* 1987; 74:286-287.
24. Bornman PC, Theodorou NA, Jeffery PC, et al. Simple closure of perforated duodenal ulcer: a prospective evaluation of a conservative management policy. *Br J Surg* 1990; 77:73-75.
25. Jordan PH, Thornby J. Perforated pyloroduodenal ulcers. *Ann Surg* 1995; 221:479-488.
26. Mouret P, Francois Y, Vignal J, et al. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1990; 77:1006.
27. Bodner B, Harrington ME, Unsup K. A multifactorial analysis of mortality and morbidity in perforated peptic ulcer disease. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171:315-320.
28. McGuire HH, Hursley JS. Emergency operations for gastric and duodenal ulcers in high risk patients. *Ann Surg* 1986; 203:551-557.
29. Marshall BJ. *Helicobacter pylori*. *Am J Gastroent* 1994; 89:116-128.
30. Sebastian M, Chandran VP, Elashaal YI, Sim AJ. *Helicobacter pylori* infection in perforated peptic ulcer disease. *Br J Surg* 1995; 82:360-362.