

Duodenal Ülser Perforasyonlarında Cerrahi Tedavinin Değerlendirilmesi

Dr. Ömer ŞAKRAK, Dr. Nuri Aydın KAMA, Dr. Arif Zeki AKAT, Dr. Osman DOĞRU

Özet: Çalışmamızda Ankara Numune Hastanesi Acil Cerrahi Kliniğinde duodenal ülser perforasyonu tanısıyla opere edilen 134 hastada tedavi sonuçları değerlendirildi. 108 hastaya primer sütür konulmuş olup bu grupta mortalite %1.85; morbidite %25 ve hastanede ortalama kalış süresi 7.4 gün olarak bulundu. 26 hastaya ise definitif operasyon uygulanmış olup bu grupta mortalite sıfır, morbidite %30 ve hastanede ortalama kalış süresi 7.6 gün olarak belirlendi.

Hastanın kabulünde preoperatif şok, birlikte sistematik hastalığı olması ve perforasyondan 12 saatten daha çok zaman geçmiş olması kötü risk faktörleri olarak tanımlandı. Kötü risk faktörü taşıyan hastalara primer sütür daha uygun prosedür olarak benimsenirken hikayesinde kronik peptik ülser yakınmaları tarif eden iyi risk grubundaki hastalara definitif cerrahi prosedür tercih edildi. Perforasyon ve operasyon arasındaki süre uzunluğu morbiditeyi yansıtan bir risk faktörü olarak anlamlı bulundu ($p<0.01$).

Anahtar Kelimeler: Duodenal ülser perforasyonu, Primer sütür, Definitif cerrahi

H₂ reseptör blokörlerinin kullanıma geçmesiyle peptik ülser cerrahisi daha çok akut hemoraji ve perforasyon gibi komplikasyonların tedavisine yönelmiştir(1,2,3).

Ankara Numune Hastanesi 4. Cerrahi Kliniği

Summary: EVALUATION OF SURGICAL MANAGEMENT IN PERFORATED DUODENAL ULCERS

The surgical management of acute perforated duodenal ulcer has been evaluated in 134 patients treated in the Department of Emergency Surgery of Ankara Numune Hospital over a one and half year period. Simple closure was done in 108 patients with a mortality of 1.85%, a morbidity of 25% and an average hospital stay of 7.4 days. In 26 patients who underwent definitive operation of treatment of duodenal ulcer disease at time of perforation the mortality was 0%, the morbidity was 30% and the average hospital stay was 7.7 days.

Preoperative shock, major medical illness and perforation exceeding 12 hours duration were defined as bad risk conditions. Immediate definitive surgery is indicated in good risk in individuals who have a history of peptic ulcer disease; however simple closure alone is more prudent in patients who have any risk factor. The interval between acute perforation and operation has been alleged to reflect the morbidity($p<0.01$).

Key Word: Duodenal ulcer perforation, Simple closure, Definitive surgery

Komplikasyonsuz seyreden peptik ülser hastalığında tıbbi tedavinin geçerli nedenleri ve esasları vardır. Ancak perforasyona giden peptik ülser vakalarında değişmez amaç hastanın hayatını kurtarmaktır. Perforasyonla

Tablo 1: Perforasyon genişlikleri ile perforasyon süreleri arasındaki ilişki

Perforasyon Büyükluğu	Perforasyon Süresi				Toplam
	0-6 saat	7-12 saat	13-24 saat	>24 saat	
0-5 mm	100	13	3		116
6-10mm	6	4	2	1	13
11-15mm	1	1	1	2	5
Toplam	107	18	6	3	134

p<0.01

başlayan intraperitoneal kirlenme çeşitli risk faktörleri zemininde genel bir septik tabloya yol açar. Tanı ve tedavide gecikmeler önemli derecede mortalite ve morbidite sebebi olarak bildirilirken cerrahi tedavinin seçiminde daha invaziv tercihler gündeme gelmiştir.

Bugün için peptik ülser perforasyonlarında standart bir operasyon şeklinden bahsetmek güç görünmektedir. Perforasyonun primer kapatılması hayat kurtarıcı olup ilk defa 1887 de Mikulicz tarafından uygulanmıştır (4). Bu metodun tek başına uygulandığında geç postoperatif dönemlerde %40-60 gibi yüksek oranda yeniden ülser semptomları göstermesi cerrahları aynı seansta definitif cerrahi teknikler aramaya sevk etmiştir(5,6,7,8). İlave bir mortalite getirmiyorsa düşük risk grubundaki hastalara perforasyona primer sütür yanında ülser diyatezine yönelik acil definitif girişimler artık yaygın olarak benimsenmektedir (6,7,8,9,10).

Kliniğimizde peptik ülser perforasyonlarında primer sütür yanında endikasyonuna göre definitif ameliyatlara da yaptık ve erken dönem sonuçlarını literatür eşliğinde tartıştık.

MATERYAL ve METOD

Çalışmamız Ocak 1990-İlâziran 1991 arası 18 aylık bir sürede Ankara Numune Hastanesi Acil Cerrahi Kliniğine başvurup opere edilen 134 perfore duodenal ülserli hastayı kapsamaktadır. Perfore gastrik ve perfore stomal ülserler çalışma kapsamı dışında tutulurken prepilorik ve pilorik ülserler duodenal ülser

grubuna dahil edilmişlerdir. 128 erkek hasta-ya karşın sadece 6 kadın hasta görülmesi dikkat çekici olup erkek-kadın oranı 21/1 şeklindeydi. Yaş dağılımı Tablo 1 görülmekte olup en genç hasta 15 yaşında erkek, en yaşlı hasta 70 yaşında kadın hasta idi. Genel yaş ortalaması 36.4 idi. İlave sistemik hastalığı bulunan yaygın peritonit gelişmiş, şok bulguları gösteren perforasyondan 12 saatten fazla zaman geçmiş hastalara daha çok primer sütür tercih edilirken başlangıçta şokta olmayan, perforasyondan 12 saatten önce başvurmuş ve lokalize peritoniti olan hastalara ameliyatı yapan cerrahın tercihinine bağlı olarak primer sütür veya definitif girişimler uygulanmıştır. Primer sütür veya definitif operasyon uygulanan tüm vakalarda istisnasız olarak profilaktik antibiyotik (çoğunlukla üçüncü kuşak sefalosporin grubu) kullanıldı. Tedavi sonuçları morbidite ve risk faktörleri bakımından karşılaştırıldı. İstatistiksel değerlendirilmede t-testi, Basit Varyans Analizi ve Regresyon-Korelasyon analizleri uygulandı.

BULGULAR

Toplam 134 hastanın 91'inde(%68) daha önceye ait peptik ülser semptomları vardı. Definitif müdahale uygulanan 26 hastanın tümünde (%100) peptik ülser hikayesi alınırken sadece primer sütür konulan 108 hastanın 65'inde (%60) ülsere ait semptomlar belirlendi. 3 aydan daha fazla peptik ülser semptomları gösteren hastalar kronik duodenal ülser olarak kabul edildi.

Hasta popülasyonunun önemli çoğunluğu

Tablo II: Duodenal ülser perforasyonlu hastalarda perforasyon büyüklüğü ile peritonit durumunun ilişkisi

Perforasyon Büyüklüğü	Vaka Sayısı	Lokal Peritonit	%	Genel Peritonit	%
0-5 mm	117	80	68.3	37	31.62
6-10mm	13	5	38.46	8	61.53
11-15mm	4	1	25.00	3	75.00
Toplam	134	86		48	
p<0.01					

(%80) başlangıç semptomlarından itibaren ilk 6 saat içinde başvurup ameliyata alınmışlardır. Tablo I'de görüldüğü gibi toplam serinin %93.3 ü ilk 12 saat içinde opere edilirken %4.5'i 12-24 saat içinde ve %2.2'si 24 saatten fazla gecikme ile ameliyata alınmışlardır. Tablo I'de göze çarpan diğer bir özellik eksplo-rasyonda saptanan perforasyon büyüklüğü-nün perforasyon süresi uzadıkça artma eğiliminde olduğudur ve bu ilgi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01).

Fizik muayenede klasik "tahta-karın" manzara-sı serideki hastaların %85'inde elde edilir-ken rebound hassasiyet %94'ünde mevcuttu. Direkt karın grafilerinde hastaların %94'ünde pnömoperitoneum saptandı.

Perforasyon genişliği arttıkça lokalize perito-nitten yaygın peritonit gelişimine doğru artma müşahade edildi (Tablo II). İstatistiksel olarak aradaki ilgi önemliydi (p<0.01).

Perforasyonla ameliyat arasında geçen ortalama süre(interval) 5.37 ± 0.54 saat idi. Tüm se-ride ameliyattan sonra hastanede ortalama kalış süresi 7.14 ± 0.46 gün idi. Perforasyonlu hastaların gecikme süreleriyle (interval) has-tanede kalış süresi arasında istatistiki önem-lilik mevcuttu (p<0.05). Eksplo-rasyonda loka-lize peritonit tespit edilen hastalarda daha çok definitif ülser ameliyatı tercih edilirken yaygın peritonit gelişmiş hastalarda primer suture genellikle tercih edilen metod oldu. De-finitif ameliyat yapılan 26 hastada ortalama yaş 33.1 ± 2.3 iken primer suture konulan 108

Tablo III: Serimizde mortalite dağılımı

Tedavi	Sayı	Mortalite Sayı	%
Definitif Ameliyat	26		
Basit Suture	108	2	1.85
Total	134	2	1.5

hastada ortalama yaş 37.5 ± 1.3 idi. Yaş dağı-lımları bakımından gruplar arası fark önem-sizdi(p>0.05). Serimizde primer suture grubu ile definitif ameliyat grubu hastaların postoperatif hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel analiz yapıldı ve anlamlı bir fark yoktu. Ancak perforasyonla ameliyat arasında geçen süre ile hastanede kalış süresi arasında istatistiksel önemlilik mevcuttu(p<0.01).

Serimizde total mortalite %1.5 (2 hasta) ola-rak tespit edildi. İkisi de primer suture uygula-nan gruptaydı (Tablo III). Kaybedilen iki has-tadan biri 67 yaşında erkek hasta diğeri 70 yaşında kadın hasta idi. Heriki hasta da ilerlemiş yaştan yanı sıra hastaneye geç müracaat etmişlerdi. Birinci hastada gecikme 23 saat iken ikincide 40 saat olmuştu. İki hasta da yaygın peritonit gelişimine ek olarak kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut böbrek yetmezliği gibi sistemik yandaş hastalık ve septik şok hali bulunmaktaydı. Kötü risk grubunda yer alan bu iki hastadan birincisi ameliyat günü diğeri postoperatif 4. gün kaybedildi.

134 vakayı kapsayan tüm seride görülen yan-daş hastalıkların dağılımı Tablo IV'de görül-

Tablo IV: Duodenal ülser perforasyon vakalarında ilave sistemik hastalık dağılımı

	Sayı	
Total hasta	134	
Kardiyak	7	5.0
Pulmoner	3	2.2
Alkolizm	3	2.2
Artrit	1	0.7
Nörolojik	1	0.7
D. Mellitus	2	1.5
Renal	3	2.2

mektedir. Prognozu etkileyen sistemik hastalıklar içinde kardiyak kaynaklılar ilk sırayı almıştır. Postoperatif dönemde karşılaşılan komplikasyonlar içinde pulmoner komplikasyonlar ilk sırada yer alırken tüm postoperatif komplikasyonların %53'ünü teşkil etmiştir (Tablo V). Sütür sızdırması tüm seride toplam 5 vakada gözlenmiştir. Bunlardan 4'ü primer sütür grubunda gözlenirken sadece birisi primer sütüre ek olarak vagotomi+gastroenterostomi yapılan definitif operasyon grubunda müşahade edildi. Primer sütür grubunda rastlanılan 4 vakanın tümünde sütür yetmezlikleri sonucu sızdırma mevcuttu. Bunlardan 3'üne yeniden primer sütür+omentoplasti uygulanırken birine trunkal vagotomi+antrektomi+gastro-jejunostomi prosedürü uygulandı. 4 vakaya da belli süre ve ölçülerde TPN desteği sürdürüldü ve hepsi şifa ile taburcu edildi. Definitif grupta yer alan ve perforasyona yönelik operasyonunda primer sütüre ek olarak vagotomi+gastrojejunostomi yapılan hastada postoperatif erken dönemde gelişen enterokütan fistül sadece TPN uygulaması sonucu tamamen iyileşti ve şifa ile taburcu edildi.

Definitif ameliyat yapılan 26 hastaya uygulanan cerrahi prosedürler Şekil 2 de doküman- te edilmiştir. Uygulanan bütün yöntemler perforasyon kapatıldıktan sonraki ek girişimlerdir. Vagotomi+gastroenterostomi 19 vakada uygulanarak en çok tercih edilen definitif metod olmuştur (%73). Vagoto-

mi+pilorooplasti 3 vakada(%11), proksimal gastrik vagotomi 2 vakada (%8), vagotomi+antrektomi 2 vakada(%8) tercih edilen müdahale tipi olmuştur. Herbir yöntemin seçimindeki esas şüphesiz hastaların taşıdığı risk faktörlerine dayandığı gibi ameliyatı yapan cerrahın kendi tercihinde de bir ölçüde bağlı kalmıştır.

Çalışmamızda 134 vakalık duodenal ülser perforasyonu serisindeki erken postoperatif sonuçlar prospektif olarak çalışılmış olup daha geç dönemlerle ilgili muhtemel gelişmeler yine prospektif takibimizde yer alacaktır.

TARTIŞMA

H₂ reseptör antagonisti ilaçların tanınması ile birlikte komplike olmamış peptik ülser hastalığında elektif cerrahiye olan ihtiyaç dramatik olarak azalmıştır(1,2,3,11,12). Bununla birlikte ülser perforasyonlarındaki insidans değişmemiş ya da minimal azalma göstermiştir (13,14).

Koo ve ark. nın bildirilerinde ise H₂ antagonistlerin yaygın kullanımlarına rağmen ne elektif ülser vakası insidansında ne de perforasyon insidansında azalma şöyle dursun artıştan söz edilmektedir (15). Welch ve ark. da cimetidine ile birlikte peptik ülser hastalığında hastane kayıtlarına göre %40 azalma olduğunu, ancak aynı sürede ülser perforasyonlarında bir değişme olmadığını rapor ettiler (1).

Duodenal ülser perforasyonunun önceleri kronik ülser hastalığının bir komplikasyonu olarak daha ziyade genç ve orta yaşlı erkeklerde görüldüğü rapor edilirdi (1). Oysa yakın zamanlardaki gözlemler önceki klasik görüşden ayrılarak önceden ülser semptomları göstermeyen orta ve ileri yaşlılarda görüldüğünü yansıtmaktadır(16). Bir çalışmada perforasyonla başvuran hastaların %67'sinde ülser hastalığının ilk defa ortaya çıktığı belirtilmiştir(17). Serimizin %32'sini kapsayan hasta

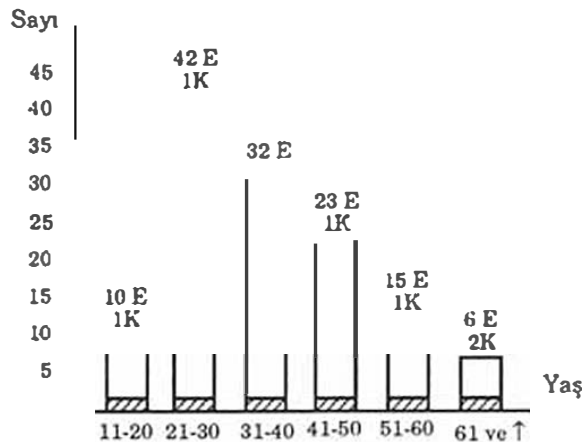
Tablo V: Hastalarımızda postoperatif karşılaşılan komplikasyonlar

Komplikasyon	Basit sutur	PGV	Vagotomi- Drenaj	Vagotomi- Antrektomi	Toplam
Pulmoner	15		2	1	19
ABY	1				1
Yara enfeksiyonu	3		1		4
Abso	2		1		3
Sepsis	3		1		4
Sızıdırma	4		1		5
	28		1		
Toplam			7	1	36

grubunda önceye ait ülser semptomu hikayesi alınamamıştır. Serimizde erkek hasta sayısı kadınlardan 21 misli fazla olup literatür verilerine göre bu oran daha büyük bir farklılık göstermiştir. Ayrıca hastalarımızın büyük bir çoğunluğu genç ve orta yaş gruplarında toplanmıştır(Şekil 1).

Boey preoperatif şok, majör yandaş hastalık ve uzun süreli perforasyonları risk faktörleri olarak saymıştır (18,19). Schein ve ark. sistolik kan basıncının önemini vurgulayarak kabülünde 100mm Hg dan az olan duodenal ülser perforasyonlu hastalarda mortalitenin ciddi olarak arttığına dikkat çekmişlerdir (9). Perforasyonla ameliyat arasındaki sürenin mortaliteyi direkt yansıtan bir faktör olduğu çoğunluk tarafından vurgulanırken(5,8,9), kimi yazarlar 12 saati geçmeyen gecikme peri-

yodunun altın bir endikatör olduğu iddiasını çok rijid bulmaktadırlar (20). Şüphesiz ki perforasyondan sonraki geçen zamanda gelişecek peritonitin genişliği hastanın taşıdığı diğer risk kriterleri ile birlikte yapılacak cerrahi müdahalenin şeklini ve genişliğini etkileyecektir. Serimizdeki hastaların büyük çoğunluğu (%80) perforasyondan sonraki ilk 6 saat içinde ameliyata alınmışlardır (Tablo I). Sadece %2,2'si 24 saatten sonraki gecikme dönemi içinde yer almıştır. Perforasyon-ameliyat arasında geçen sürenin uzunluğu ile eksplorasyonda saptanan perforasyon büyüklüğü arasında paralellik saptanmıştır ($p<0.01$), (Tablo I). Öte yandan perforasyon genişliği arttıkça peritonitin yaygınlığı artmıştır ($P<0.01$), (Tablo II). Peritoneal kirlenmenin derecesi sadece kişinin genel sağlık durumu ve immün cevabına bağlı değildir. Enfektif materyalin virölansı, miktarı dolayısıyla etkileşim süresi de önemlidir (21). Perforasyondan sonra sürenin uzaması intraperitoneal kirlenmeyi artırıp peritonit gelişimini provake ederken perforasyon genişliğini büyütmüş, büyüyen delikten daha çok enfektif materyal sızarak peritonitin yayılmasını sağlamıştır. Mortal seyreden iki hastamızın perforasyon süreleri 23 ve 40 saat olup gelişen yaygın peritonit diğer risk faktörleri zemininde tabloyu daha da ağırlaştırmıştır. Boey ve ark. peritonitin lokalize ya da diffüz olmasının risk faktörleri arasında sayılamayacağını söylerken (18), başkaları peritonit durumunun dikkate alınması üzerinde durmaktadırlar (22,23).



Şekil 1: Duodenal ülser perforasyonlu 134 hastanın yaş gruplarına göre dağılımı.

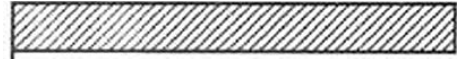
Sağlam ve ark. yaygın peritonitin morbidite

ve mortalitede oynadığı rolün önemine değinmektedirler (10).

Perforasyonlu hastaların başvurularındaki gecikme postoperatif hastanede kalış sürelerini de anlamlı ölçüde uzatmıştır ($p<0.05$). Bunun nedenini izah etmek zor değildir. İntraabdominal septik kaynak var olduğu ve organizmayı etkilediği sürece kişinin peritoneal filtrasyon ve immün kompensasyon gücünde azalma oluşacaktır. Hasta diğer risk faktörlerini de taşıyorsa tablo büsbütün ağırlaşır yapılan cerrahi ve yoğun medikal yardıma rağmen postoperatif dönem komplikasyonları olarak bilinen (Tablo V) durumlar gelişecektir. Nitekim bizdeki toplam 36 postoperatif komplikasyon sonucu pekçok hastanın hastanede kalış ve tedavi süreleri uzamıştır.

Peptik ülser perforasyonlarında nonoperatif tedavi şekli bir zamanlar İngiltere’de Taylor ve Seeley tarafından teklif edilmişse de bugün hiçbir merkezde pratik ve seçenek değildir (24, 25). Perfore duodenal ülser vakalarında ilk ve değişmez amaç hastayı septik tehditten korumak ve hayatı kurtarmaktır. Bu nedenle uygun hazırlık sonrası acil müdahale konusunda görüş birliği oluşmuştur(8). Zaman içinde pekçok cerrahi metod uygulamaya girerken Graham tarafından önerilen "primer kapama+omental patch" prosedürü yıllarca düşük mortalite sonuçlarıyla benimsenip uygulanmıştır (8). Ancak bu metodun uzun dönem sonuçlarında ülser diyatezi yönünden yüksek nüks insidanslar çıkması cerrahları daha definitif girişimlere yöneltmiştir. Literatürde ilk definitif geniş seri Yudine tarafından yayınlandı. Yudine’in 900 vakalık duodenal ülser perforasyonu serisinde tüm vakalara gastrik rezeksiyon yapılmış ve mortalite %8.9 olarak bildirilmiştir (8). De Bakey’in 1940’larda primer sütür için %26 olarak bildirdiği mortalite oranını acil gastrik rezeksiyonları için %13.4 vermesi heyecanla karşılanmış definitif cerrahi uygulamada çığır açılmıştır (4).

Vagotomi ve gastroenterostomi (19)



Vagotomi ve piloroplasti (3)

Proksimal gastrik vagotomi (2)

Vagotomi ve antrektomi (2)

Şekil 2: Duodenal ülser perforasyonu geçiren 26 hastada uygulanan definitif operasyon tipleri.

Boey ve ark. dispeptik şikayetlerin 3 aydan daha uzun sürdüğü durumlarda kronik ülser gelişiminden söz etmektedirler (18). Aynı yazarların prospektif gözlemlerinde sadece basit sütürle tedavi edilen perfore duodenal ülser vakalarında %60’a ulaşan nüksler rapor edilmiştir(18). Basit sütür içine benzer nüks oranları başkaları tarafından da verilmiştir (20,22). Perfore kronik ülserlilerde kötü risk grubundakiler için basit sütür yeterli görülürken operatif risk faktörlerinin olmadığı durumlarda definitif operasyonlara ilgi artmaktadır. Basit sütür-yüksek selektif vagotomi, trunkal vagotomi-drenaj, trunkal vagotomi-antrektomi pekçok yazar tarafından rutin uygulamaya sokulmuştur (26-28).

Bizim serimizde de toplam 26 hastaya acil definitif prosedür uygulanmış olup (Şekil 2) mortalitenin sıfır olması seçilmiş vakalarda definitif acil cerrahi müdahalenin primer sütür kadar güvenli bir şekilde uygulanabileceğini desteklemektedir. Cerrahların definitif operasyonun seçiminde en çok zorlandıkları nokta eksplorasyonda yaygın peritonitin tespit edilmesi ve kirli bir ortamda yapılacak definitif girişimin başarısızlığı korkusudur.

Tablo VI:Çeşitli serilerde duodenal ülser perforasyonlarında mortalite oranları

	Seri	Genel Mortalite (%)	Basit Sütür		Definitif Ameliyat	
			Sayı	Mortalite %	Sayı	Mortalite %
Sawyers ⁸	360	5.6	254	6.7	106	2.8
Griffin ³⁹	174	7.5	122	6.6	57	9.6
Donaldson ⁴¹	352	8.0	300	9.0	52	1.9
Wangensteen ⁴²	126	4.0	89	5.6	37	0
Jordan ⁴³	157	5.7	40	20.0	117	0.8
Playforth ⁴⁴	161	5.0	161	5.0		0
Donovan ⁴⁵	52	7.7	14	28.6	38	0
Wara ⁴⁶	161	9.9	90	14.4	71	4.2
Boey ⁴⁷	472	5.3	322	7.1	150	1.3

Oysa sadece yaygın peritonit kendi başına definitif girişim için kontrendikasyon olamayacağı gibi diğer risk faktörleri ile birlikte değerlendirmeyi gerektirir.

Duodenal ülser perforasyonu gösteren hastalar genelde genç ve sağlıklı kimseler olup çoğunlukla iyi risk grubunu teşkil etmektedirler (5). Boey'in 613 vakalık serisinde hastaların %77.8'i definitif cerrahiye aday iyi risk grubu hastalar olarak tanımlanmıştır(5). Bizim serimizi de basit sütür olsun definitif operasyon uygulanan grup olsun genelde genç ve orta yaşlı hastalar teşkil etmiştir. İki grup arasında yaş dağılımı yönünden önemlilik olmadığı gibi tüm seride ilave sistemik hastalık(toplam 20) ve preoperatif şok(toplam 5 vakada) sayılarında azlık genel morbidite ve mortalite oranının bu denli düşük kalmasını açıklamaktadır.

Primer sütür ve definitif ameliyat grupları arasında hastanede kalış süreleri bakımından istatistiksel olarak önemli bir farka rastlanmamıştır. Oysa perforasyon süreleriyle hastanede kalış süreleri arasında anlamlı bir ilgiye rastlanmıştır ($p<0.01$). Bu sonuç postoperatif morbidite açısından perforasyon sonrası gecikmenin önemli bir parametre olduğunu göstermektedir.

Uygulanacak definitif metodun seçimi konu-

sunda farklı görüşler vardır. Jordan PGV'yi kolay, güvenli ve başarılı ellerdeki iyi sonuçları yönünden primer kapamayla birlikte en uygun yöntem olarak savunurken (29), Boey de PGV yaptıkları 138 hastanın ilk 2 yıllık takiplerinden memnun olduklarını ancak sonrası için nükslerin arttığını ifade etmektedir(33). Hastanın genel durumu ve cerrahın deneyimine bağlı olarak sadece akut perforasyonu değil ülser hastalığını da yenmek için, primer sütüre ek olarak PGV'nin de yapılmasını telkin eden prospektif çalışmalar artmıştır(6,7,22).

Perforasyon öncesi 3 ay veya daha fazla süren dispeptik yakınmaları akut ve kronik ülserlerin ayrılmasında kesin bir parametre olarak görmeyen yazarlar ise görüşlerine gerekçe olarak tüm hastaların perforasyon anındaki rahatsızlığı nedeniyle yeterli ve güvenilir bilgi veremediklerini göstermektedirler. Operasyon sırasında duodenal deformitenin ve perforasyon çevresinde endüryasyonun varlığı ülser hastalığının kronikliği hakkında güvenilir bir delil olarak benimseniyorsa da bazen peritoneal kontaminasyonun yarattığı geniş inflamatuvar reaksiyon ortamında vakaların yorumunda güçlük çekilmektedir (34).

Akut perfore ülserlilerde sadece primer sütürle iyileşme ve ülser hastalığında korunma %75 oranında gerçekleşirken, %25'inde ilerleyen dönemlerde gelişen ülser semptomları yeni bir

ülser ameliyatı gerektirmektedir. Kronik ülserlilerde ise durum tam tersidir. Yani ülserin akut ya da kronik oluşuna karar vermek hasta için olduğu kadar cerrah için de kötü bir şansıdır. Drury ve ark. akut ülserlilerde definitif cerrahinin %82 oranında gereksiz olarak yapıldığını, kronik ülserlilerde ise bu fazladan müdahalenin %30 olduğu belirtilmektedir (35). Aynı yazarlar risk faktörleri yokluğunda primer sütür veya definitif ameliyat için mortalitenin aynı olduğunu ve %2'nin altında kaldığını vurgulamaktadırlar.

Ancak diğerleri kronik ülseri olup da sadece primer sütür ile tedavi edilen hastalarda ilerleyen yıllarda %75-80 oranında ülser semptomları geliştiğini hatırlatarak definitif cerrahi önermektedirler. Primer sütürden sonra reperforasyon, hemoraji ve gastrik outlet obstrüksiyonu gibi yeni komplikasyonların görülmesi de definitif cerrahinin seçimine destek getirmektedir (28,36-40). Bunun yanı sıra definitif tedavi görecektir hastaların seçiminde kesin bir kriter yoktur. Greco ve Cahow 40-50 yaş grubu hariç tutulduğunda kronik perforated duodenal ülser grubunda definitif tedaviye olan gerçek gereksinimin %18 olduğunu rapor etmişlerdir (48). Öte yandan yaşın definitif cerrahi için tek başına kontrendikasyon olamayacağı görüşü yaygındır. Belki de ilerle-

miş yaşın getirdiği yandaş hastalıklar risk faktörü olarak definitif cerrahi eğilimi zora sokmaktadır (34).

Çeşitli serilerde iyi seçilmiş hasta gruplarında definitif ameliyatlarda mortalite oranlarının primer sütüre göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo VI). Sawyers ve ark. definitif operasyonlarda mortaliteyi %2.8, primer sütürde %6.7 olarak bildirirken diğerleri de çeşitli rakamlar vermektedirler (8,39,41,43,44-47).

Serimizde ise primer sütür grubunda mortalite %1.85 iken definitif ameliyat grubunda sıfır olmuştur. Bu rakam literatür verilerinin çok altında olup özellikle definitif grupta iyi seçim yapıldığı söylenilebilir.

Pekçok yazarın ortak düşüncesi ülser semptomları yönünden nüks ihtimali taşıyan vakalarda uygun şartlar varsa definitif girişimin denemesi merkezindedir (31,37). Primer kapama ya da definitif ameliyat yapılmış olsun serimizde yer alan hastaların geç dönem sonuçları henüz elde edilememiştir. Bu bakımdan iki grubun ülser iyileşmesi yönünden mukayesesi yapılmamıştır. Ancak düşüncemiz definitif ülser ameliyatı gerektiren hastaların seçiminde hiçbir metodun kesin olmadığıdır.

KAYNAKLAR

1. Welch CE, Rodkey GV, Gryska P. A thousand operations for ulcer disease. *Ann Surg* 1986;204:454-67.
2. Mc Kay AJ, Mc Ardle CS. Cimetidine and perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1982; 63: 319-320.
3. Sherlock DJ, Holl Allen RTJ. Duodenal ulcer perforation whilst on cimetidine therapy. *Br J Surg* 1984; 71: 586-588.
4. De Bakey M. Acute perforation in gastroduodenal ulceration: A statistical analysis and review of the literature. *Surgery* 1940;8:1028-1074.
5. Boey J, Wong J. Perforated duodenal ulcers. *World J Surg* 1987; 11:319-324.
6. Christiansen J, Anderson OB, Bonnesen T, Baekgaard N. Perforated duodenal ulcer managed by simple closure versus closure and proximal gastric vagotomy. *Br J Surg* 1987;94:286-287.
7. Bornman PC, Theodorou NA, Jeffery PC, Marks DN, Essel HP, Wright JP, Terblanche J. Simple closure of perforated duodenal ulcer: a prospective evaluation of a conservative management policy.. *Br J Surg* 1990; 77:73-75.
8. Sawyers JL, Herrington JL, Mulkerin JL, Whitehead WA, Mody B, March J. Acute perforated duodenal ulcer. An evaluation of surgical management. *Arch Surg* 1973; 110:527-530.
9. Schein M, Saadia R, Decker GA. Perforated peptic ulcer at the J.G. Strijdom Hospital. A retrospective study of 99 patients. *South Afr Med J* 1986;70 (5):21-23.
10. Sağlam A, Bengisu N, Yeşilkaya Y, Artaç Y, Sözüer E, Temiz O, Topaloğlu U. Duodenal ülser perforasyonlarında definitif cerrahi tedavi ile primer sütürün karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi* 1990;8(5):563-568.

11. Smith MP. Decline in duodenal ulcer surgery. *JAMA* 1977;237:987.
12. Fineberg HV, Pearlman IA. Surgical treatment of peptic ulcer in the United States. Trends before and after the introduction of the cimetidine. *Lancet* 1981;1:1305.
13. Dark JH, Mc Arthur K. Perforated peptic ulcer in South-West Scotland 1966-1980. *J R Coll Surg Edinb* 1983;28:19.
14. Headry WS, Valerio D, Kyle J. Perforated peptic ulcer in North-East Scotland 1972-1981. *JR Coll Surg Edinb* 1984; 29:69.
15. Koo J, Ngan YK, Lam SK. Trends in hospital admission, perforation and mortality of peptic ulcer in Hong Kong from 1970 to 1980. *Gastroenterology* 1983; 84:1558.
16. Mc Guire HH, Horsley JS. Emergency operations for gastric and duodenal ulcers in high-risk patients. *Ann Surg* 1986;203:551-7.
17. Gunshefski L, Flancaum L, Brolin RE, Frankel A. Changing patterns in perforated peptic ulcer disease. *Am Surgeon* 1990;56:270-274.
18. Boey J, Wong J, Ong GB. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. *Ann Surg* 1982;195:265.
19. Boey J, Choi SKY, Poon A, Alagaratnam TT. Risk stratification in perforation in perforated duodenal ulcers. A prospective validation of predictive factors. *Ann Surg* 1987;205:22.
20. Mark JBD. Factors influencing the treatment of perforated duodenal ulcers. *Surg Gynecol Obstet* 1969;129:325-329.
21. Barlett JG. Pathogenesis of intraabdominal sepsis. Intra-abdominal infection. Mc Graw Hill Book Company, 1982, pp 36-51.
22. Ceneviva R, Silva OC, Castelfranchi PL, et al. Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer. *Br J Surg* 1986;73:427-430.
23. Johnston D, Lyndon PJ, Smith RB, et al. Highly selective vagotomy without drainage procedure in the treatment of hemorrhage, perforation and pyloric stenosis due to peptic ulcer. *Br J Surg* 1973;60:790-797.
24. Taylor H, Guest lecture: The nonsurgical treatment of perforated peptic ulcer. *Gastroenterology* 1957;33:353-368.
25. Seeley SF. Nonoperative treatment of perforated duodenal ulcer. *Postgrad Med* 1951;10: 359-366.
26. Jordan PH, Hedenstodt S, Korampai F, Lundquist G. Vagotomy of the fundic area of the stomach without drainage: a definitive treatment for perforated duodenal ulcer. *Am J Surg* 1967; 131: 523-526.
27. Hinshaw DB, Pierandozzi JS, Thompson RJ, Carter R. Vagotomy and pyloro-plasty for perforated duodenal ulcer. *Am J Surg* 1968;115:173-177.
28. Jordan GL, Du Bakey ME, Duncan JM. Surgical management of perforated peptic ulcer. *Ann Surg* 1979;179:628-633.
29. Jordan PH. Proximal gastric vagotomy without drainage for treatment of perforated duodenal ulcer. *Gastroenterology* 1982; 83:179.
30. King PM, Ross AH. Perforated duodenal ulcer: long term results of omental patch closure. *J Royal Coll Surg Edinb* 1987;34(2): 79-83.
31. Kay PH, Moore KTH, Clark RG. The treatment of perforated duodenal ulcer. *Br J Surg* 1978;65:801-803.
32. Boey J, Lee NW, Wong J, Ong GB. Perforations in acute duodenal ulcers. *Surg Gynecol Obstet* 1982; 155:193-196.
33. Choi SKY, Boey J, Alagaratnam TT, Poor A, Wong J. Proximal gastric vagotomy in emergency peptic ulcer perforation. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163:531.
34. Jordan PH, Morrow C. Perforated peptic ulcer. *Surg Clin North Am* 1988;68(2): 315-329.
35. Drury JK, Mc Kay AJ, Hutchinson JSF, et al. Natural history of perforated duodenal ulcers treated by suture closure. *Lancet* 1978;2:749-750.
36. 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.
37. Heuman R, Larsson J, Morby S. Perforated duodenal ulcer: Long term results following simple closure. *Acta Chir Scand* 1983;149:77-81.
38. Nemanich GJ, Nicoloff DM. Perforated duodenal ulcer. *Surgery* 1970;67:727-734.
39. Griffin GE, Organ CH. The natural history of perforated duodenal ulcer treated by suture plication. *Ann Surg* 1976;183:382-385.
40. Reed RC, Thompson BW. Gastric outlet obstruction after omentopexy for perforated "acute" and "chronic" duodenal ulceration. *Am J Surg* 1975; 130:682-687.
41. Donaldson GA, Jarratt F. Perforated duodenal ulcer disease at the Massachusetts General Hospital from 1952 to 1970. *Am J Surg* 1970; 120:306-311.
42. Wangenstein SL, Wray RC, Golden GT. Perforated duodenal ulcer. *Am J Surg* 1972;123:538-542.
43. Jordan PH Jr, Korampai FL. Evolvement of a new treatment for perforated duodenal ulcer. *Surg Gynecol Obstet* 1976; 142: 391-395.
44. Playforth MJ, Mc Mahon MJ. The indications for simple closure or perforated duodenal ulcers. *Br J Surg* 1978;65:699-701.
45. Dunowan AJ, Vinson TL, Maulsby GO, Gewin JR. Selective treatment of duodenal ulcer with perforation. *Ann Surg* 1979; 189:627-636.
46. Wara P, Kristensen ES, Sorensen FH, et al. The value of parietal cell vagotomy compared to simple closure in a selective approach to perforated duodenal ulcer: Operative morbidity and recurrence rate. *Acta Chir Scand* 1983;149:585-589.
47. Boey J, Wong J, Ong GB. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. *Ann Surg* 1982;195:265-269.
48. Greco RS, Cahow CE. Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcers. *Am J Surg* 1974;127:109-114.