

Çocuklarda peptik ülser komplikasyonlarında cerrahi tedavi*

İrfan KIRIŞTIOĞLU, Arif GÜRPINAR, Kutluğ SINMAZ, İsmail ÖZEL, Emin BALKAN, Hasan DOĞRUYOL

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

Özet

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde 1990-1996 yıllarında peptik ülser komplikasyonları nedeniyle ameliyat edilen 8 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Yaşları 1-11 arasında değişen bu 8 olgudan (6 erkek, 2 kız) 4 olguda pilor tıkanıklığı, 3 olguda akut batın ve 1 olguda ise masif gastrointestinal kanama mevcuttu. Olguların ameliyat öncesi tanıları radyolojik inceleme ve endoskopik değerlendirme ile kondu. Yedi olguya trunkal vagotomi ve drenaj işlemi şeklinde cerrahi tedavi uygulandı. Drenaj ameliyatları; üç olguda gastrojejunostomi, birinde gastroduodenostomi ve kalan üç olguda da piloroplasti şeklinde idi. Geç perforasyon olarak değerlendirilen bir olguya ise rafi omentoplasti yapıldı. Bu olgu ameliyat sonrası ikinci günde sepsis nedeniyle kaybedildi. Gastrojejunostomi yapılan iki olgu ameliyat sonrası ikinci ve dördüncü yılda karın ağrısı ve hematemez yakınması ile başvurdu. Yapılan endoskopilerinde bir olguda marjinal ülser, diğerinde ise anastomoz çevresinde lokalize gastrit saptandı. Olguların her ikisi de aktif medikal tedavi ile iyileştiler. Kalan beş olgunun erken dönem takiplerinde sorun yoktu.

Anahtar kelimeler: Peptik ülser, duodenal ülser, komplikasyon, çocuklar

Summary

Operative management of peptic ulcer complications in children

In this study, a retrospective analysis of 8 patients who underwent surgical interventions for treatment of peptic ulcer complications between 1990 and 1996 was presented. Of these eight patient (6 male, 2 female, age range 1 to 11), 4 had pyloric obstruction, 3 had acute abdomen, and 1 had massive gastrointestinal bleeding. Truncal vagotomy and drainage procedures were performed on seven patients. The drainage methods were gastrojejunostomy, gastroduodenostomy, and pyloroplasty. The 8th patient was a late perforation case and underwent raphy omentoplasty. This patient died on the second postoperative day as a result of septicemia. Two patients who underwent gastrojejunostomy were readmitted with abdominal pain and hematemesis in the postoperative 2nd and 4th years and localised gastritis around the anastomotic site and marginal ulcers were observed on endoscopic examinations. Both children were treated medically. The remaining 5 patients were problem-free, during the early follow-up period. Although surgery is mandatory for management of complicated peptic ulcer patients, there is no consensus regarding the ideal surgical methods.

Key words: Peptic ulcer, duodenal ulcer, complication, children

Giriş

Peptik ülser çocukluk yaş grubunda sık görülen bir hastalık olup, asit ile birlikte pepsinin sindirici etkisi sonucunda gastrointestinal sistemde (GİS) penetran doku kaybının oluşmasıdır (1,2,3,9,12). Çocukluk çağı ülserlerinin tedavisi öncelikle medikal olmalı, komplikasyon gelişmesi durumunda cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Hem mortaliteyi arttırmayacak, hem de çocuğun büyüme ve gelişmesini etkilemeyecek

basit teknikler tercih edilmeli, büyük definitif ameliyatlardan kaçınılmalıdır (1).

Bu yayında, kliniğimizde peptik ülser komplikasyonları nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan olguları retrospektif olarak; predispozan faktörler, semptomlar, tanı metodları, cerrahi tedavi yöntemleri ve postoperatif takip yönlerinden değerlendirdik.

Gereç ve Yöntem

1990-1996 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde peptik ülser komplikasyonları nedeniyle 6 erkek, 2 kız toplam 8

* 1. Ulusal Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Kongresi'nde serbest bildiri olarak sunulmuştur (6-8 Eylül 1995, Çeşme)
Adres: Prof. Dr. Hasan Doğruyol, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Görükle-Bursa

olgulara opere edildi. Hastaların yaşları 1 ile 11 yıl arasında değişmekte olup ortalama 5.4 yıl idi. Yalnızca 4 olguda steroid, salisilat kullanımı, uzun süreli açlık ve sepsis gibi predispozan faktör varlığı saptandı. Ana semptomlar; dört olguda kusma, iki olguda karın ağrısı, bir olguda distansiyon ve diğer bir olguda ise aktif gastrointestinal kanama idi. Tanı metodu olarak ayakta direkt batın grafisi (ADBG), özofagus-mide-duodenum grafisi (ÖMD) ve endoskopi kullanıldı.

Olguların üçünde ADBG'de pnömoperitoneum mevcuttu. ÖMD'de dört olgunun ikisinde tam pilorik obstrüksiyon, diğer ikisinde ise pilor stenozu saptandı. Pilor tıkanıklığı saptanan olgulardan birine preoperatif endoskopi yapıldı ve pilorik ülser izlendi. Aktif üst GİS kanamalı olguya sadece ADBG çekilebildi ve patoloji saptanmadı.

Bulgular

Peptik ülser komplikasyonları nedeniyle opere edilen sekiz olgudan dördü pilor tıkanıklığı tanısıyla elektif şartlarda, diğer dört olgu ise acil operasyona alındılar. Acil operasyon endikasyonları; üç olguda perforasyon, bir olguda masif GİS kanaması idi. Elektif şartlarda opere edilen dört olguda pilorik ülserler; tıkanıklık, duodenumda inflamasyon ve deformasyona yol açmıştı.

Bu olgularda iki trunkal vagotomi+gastrojejunostomi, bir trunkal vagotomi+antrektomi+gastroduodenostomi ve bir trunkal vagotomi+piloroplasti ameliyatı uygulandı. Trunkal vagotomi+gastrojejunostomi yapılan iki olguda steroid ve trunkal vagotomi+piloroplasti yapılan bir olguda da salisilat kullanımı etyolojik faktör olarak saptandı. Trunkal vagotomi+gastrojejunostomi yapılan olgulardan biri postoperatif ikinci, diğeri de postoperatif dördüncü yılda karın ağrısı ve hematemez yakınmaları ile tekrar başvurduklarında yapılan endoskopilerinde, bir olguda gastroenterostomi çevresinde lokalize gastrit, diğeri ise marjinal ülser saptandı.

Bu hastaların açlık gastrin değerleri ve abdominal tomografide pankreasları normal olarak değerlendirildi. Her iki olgu da medikal tedavi uygulanıp taburcu edildi. Acil şartlarda opere edilen olguların üçünde duodenum ön yüzünde perforasyon saptandı. Bu olgulara rafi omentoplasti (1) ve trunkal vagotomi+piloroplasti (2) ameliyatı uygulandı. Rafi omentoplasti yapılan olguda sepsis ve uzun süreli açlık etyolojik faktör olarak saptandı ve bu olgu postoperatif 2. günde sepsis nedeniyle kaybedildi.

Diğer olguların erken dönem kontrollerinde sorunları yoktu. Bu olgular geç dönemde kontrollerine gelmediler. Masif kanama sebebiyle acil operasyona alınan olguda duodenum 1. kıta arka yüzde, pankreas penetre olmuş ülser mevcuttu. Bu ülser sütür

Tablo I. Acil ve elektif opere edilen olgularımızda; ameliyat endikasyonları, peroperatif bulguları, ameliyatları, etyoloji, erken ve geç dönem sonuçları

Ameliyata giriş şekli	Endikasyonlar	Peroperatif bulgular	Ameliyat teknikleri	Hazırlayıcı nedenler	Erken sonuçlar	Geç sonuçlar
Acil	Perforasyon	Duodenum ön yüz	Rafi+omentoplasti	Açlık, sepsis	Exitus	
Acil	Perforasyon	Duodenum ön yüz	TV+PP	-	Şifa	Kontrolde gelmedi
Acil	Perforasyon	Duodenum ön yüz	TV+PP	-	Şifa	Kontrolde gelmedi
Acil	Masif kanama	Duodenum arka yüzde penetre ülser	TV+GJ	-	Şifa	Kontrolde gelmedi
Elektif	Pilor tıkanıklığı	Pilorik ülser	TV+GJ	Steroid	Şifa	Gastrit (2.yıl)
Elektif	Pilor stenozu	Pilorik ülser ve deformasyon	TV+GJ	Steroid	Şifa	Marjinal ülser (4.yıl)
Elektif	Pilor tıkanıklığı	Pilorik ülser,deformasyon ve duodenum inflamasyon	TV+antrektomi+gastroduodenostomi	-	Şifa	Sorun yok
Elektif	Pilor stenozu	Pilorik ülser	TV+PP	Salisilat	Şifa	Sorun yok

TV: trunkal vagotomi, PP: piloroplasti, GJ: gastrojejunostomi.

ligasyon uygulandıktan sonra trunkal vagotomi+gastrojejunostomi yapıldı ve şifa ile taburcu edildi. Tüm piloroplasti olgularında Heineke-Mikulicz piloroplasti tekniği seçildi. Tablo I'de acil ve elektif şartlarda ameliyat edilen çocuklarda ameliyat endikasyonları, peroperatif bulgular, ameliyat teknikleri, erken ve geç dönem sonuçları özetlenmiştir.

Tartışma

Peptik ülser hastalığı çocukluk çağında sık tanımlansa da, cerrahi tedavi nadiren gerekmektedir (2,3,6,9,12,14). Peptik ülser hastalığının esas tedavisi asit sekresyonunu inhibe eden ve mukozaya koruyucu ilaçlarla yapılan medikal tedavidir. Cerrahi tedavi, ancak medikal tedaviye cevap alınmadığında ve hastalığın komplikasyonlarının gelişmesi durumunda uygulanmalıdır (2,3,5,12,14).

Küçük yaştaki çocuklar genellikle perforasyon ve kanama ile başvururlar. Çocuklarda perforasyon duodenum ön yüzünde veya mide büyük kurvatur tarafında olmaktadır (2). Duodenal perforasyonların cerrahi tedavisinde en çok kullanılan teknik rafi omentoplastisidir. Bu teknik genel durumu iyi olmayan hastalarda veya 48 saati geçmiş perforasyonlarda endikedir (13). Daha erken başvuran olgularda ise trunkal vagotomi+piloroplasti ya da trunkal vagotomi+antrektomi uygulanabilir. Strese bağlı perforasyonlarda trunkal vagotomi+piloroplasti veya basit pilikasyon önerilmektedir (1,11). Definitif ameliyat olarak trunkal vagotomi+piloroplasti uzun yıllardır kullanılan ve oldukça iyi sonuç alınan prosedürlerdir (13). Preoperatif şok, ek sistemik hastalık, yaygın peritonit veya intraabdominal abse gibi durumlar definitif ameliyata engel teşkil eder (7).

Bizim üç olgumuzda da perforasyon duodenum ön yüzünde idi. Bu olguların ikisine trunkal vagotomi+piloroplasti yapıldı ve komplikasyonsuz olarak taburcu edildiler. Çocuklarda uygulanım kolaylığı ve daha az komplikasyon oranı nedeniyle Heineke-Mikulicz piloroplasti seçilmiştir (11).

Ancak rafi omentoplasti yaptığımız olgu postoperatif ikinci günde sepsis nedeniyle kaybedildi. Büyükmün ve ark. cerrahi tedavi uyguladıkları 35 vakalık serilerinde trunkal vagotomi+piloroplasti ile iyi sonuç aldıklarını bildirmişlerdir (5). Yapılan ça-

lışmalar trunkal vagotomi ve piloroplastili hastalarda ülser nüksünün trunkal vagotomi+antrektomili hastalara oranla daha sık olduğunu bildirirse de çocukluk çağında olabildiğince gastrik rezeksiyondan kaçınılmalıdır. Ancak gastrektomi sonrasında nutrisyonel komplikasyonların gelişmediğini bildiren çalışmalar da vardır (11). Ayrıca çocukluk döneminde yapılan rezeksiyonlar ve büyük definitif ameliyatlar gastrointestinal fiziyojolojiyi bozduğu için büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkilemektedir (2,12).

Trunkal vagotomi sadece asit salgılayan paryetal hücreleri etkilemekle kalmayıp hepatobiliyer sistem ve barsakları da denerve etmektedir. Bu da pankreatik hipofonksiyon, safra taşı oluşumu ve intestinal hipomotiliteye (postvagotomi sendromu) neden olmaktadır. Trunkal vagotomiye alternatif olarak yüksek selektif vagotomi ve proksimal gastrik vagotomi yukarıda belirtilen yan etkilerden korunmak amacıyla önerilmektedir. Ancak bu vagotomi tekniklerinin uzun dönemdeki sonuçları henüz bilinmediğinden çocuklarda kullanımı sınırlıdır (2). Trunkal vagotomi+drenaj yaptığımız yedi olgunun hiçbirinde postvagotomi sendromu görmedik. Bu klinik gözlemimiz literatürle uyum göstermektedir. Trunkal vagotomi, gastroenterostomi operasyonu uygulanan hastalarda % 50'ye varan oranda stomal ülserasyon geliştiği rapor edilmiştir (8,10).

Nitekim biz de aynı cerrahi prosedürü uyguladığımız olgulardan ikisinde geç dönem takiplerinde marginal ülser ve lokalize gastrit saptadık. Ancak olgularımızın üçünde duodenumda aktif inflamasyon ve skarlaşma, duodenal mobilizasyonu güçleştirdiğinden, piloroplasti yerine gastrojejunostomi yapılması gerekmiştir. Kanayan ülserde sütür ligasyonu ve ülserin plikasyonu yapılabilir. İnfantil dönemde olan kanamalarda nüks genellikle olmadığı için vagotomi gibi ek prosedüre gerek yoktur. Ancak ülser predispozan faktörler biliniyorsa ya da Cushing ülseri ise definitif ülser cerrahisi yapılmalıdır (2).

Erişkinlerde yapılan bir çalışmada trunkal vagotomi+piloroplastinin, akut kanayan ülserlerde daha etkili olduğu ve 2 cm'den büyük ülserlerde trunkal vagotomiye antrektominin de eklenmesi gerektiği bildirilmiştir (4). Masif ülser kanaması tanısıyla operasyona alınan bir olgumuzda duodenum 1. kısım arka duvardaki ülser pankreasa penetre idi. Bu

nedenle kanayan ülserle sütür konulduktan sonra trunkal vagotomi ve gastrojejunostomi ilave edilerek definitif ülser cerrahisi yapıldı.

Tıkanıklık yapan ülserlerde trunkal vagotomi+piloroplasti en fazla uygulanan tekniktir (2,3,5,6,12). Trunkal vagotomi+antrektomi ise multipl ülserlerde ve ülserin duodenum ve pilorda çok fazla deformasyon yaptığı hastalarda uygulanabilir. Bu hastalarda antrektomi, piloroplastiden daha iyi sonuç vermektedir. Antrektomiyi takiben gastroduodenostomi ya da gastrojejunostomi yapılabilir. Fakat öncelikle fizyolojik devamlılığın bozulmaması için gastroduodenostomi tercih edilmelidir (2). Eğer aktif inflamasyon, nekroz ya da skarlaşma pankreası etkilemiş ve duodenal mobilizasyonu güçleştirmişse antrektomi yapılmaksızın gastrojejunostomi yapılır. Pilorik obstrüksiyon endikasyonu ile opere ettiğimiz bir olgumuzda pilorik ülser, pilor ve duodenumda aşırı deformasyon ve fibrozise neden olduğundan piloroplasti yerine trunkal vagotomi+antrektomi yapıldı.

Sonuç olarak; peptik ülserde cerrahi tedavi hastalığın komplikasyonlarında endikedir. Cerrahi tedavi yapılacaksa çocuğun büyüme ve gelişmesini etkilemeyecek, fizyolojik intestinal devamlılığı bozmayacak mümkün olduğunca basit teknikler tercih edilmelidir. Bu amaçla duodenal ülser perforasyonlarında trunkal vagotomi, piloroplasti ve antral ülserlerde trunkal vagotomi, gastroduodenostomi etkili bir operasyondur. Gastrointestinal pasaj fizyolojisini

bozan gastrojejunostomi çok zorunlu hallerde uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Adayemi S, Ein SH, Simpson JS: Perforated stress ulcer in infants. Ann Surg 190:706, 1989
2. Başaklar CA: Peptik ülser ve peptik ülser kanamaları. Başaklar CA: Çocuklarda Gastrointestinal Sistem Kanamaları. Ankara Gazi Üniversitesi Yayınları 1995, s.81
3. Başaklar CA: Çocuklarda primer peptik ülser hastalığı. Pediatric Cerrahi Dergisi 3:131, 1987
4. Branicki FJ: Bleeding duodenal ulcer. Ann Surg 211:411, 1990
5. Büyükcinal C, Erdoğan E, Danişmend N: Çocuk yaş grubu peptik ülser komplikasyonlarında cerrahi tedavi-Erken ve geç dönem sonuçlarını kapsayan klinik çalışma. Ulusal Cerrahi Kongresi, İstanbul, Haziran 1988
6. Byrne WJ: Diagnosis and treatment of peptic ulcer in children. Pediatrics in Review 7:182, 1985
7. Feliciano VD: Do perforated duodenal ulcers need an acid decreasing surgical procedure. Now that Omeprazole is available. Surg Clin N Am 72:369, 1992
8. Gahukamble DB, Fenn AS, Devadatta J, et al: Duodenal ulcer in South Indian children. Am J Surg 145:322, 1983
9. Kumar D, Spitz L: Peptic ulceration in children. Surg Gynecol Obstet 159:63, 1984
10. Mohammed R, Mackay C: Peptic ulceration in adolescence. Br J Surg 69:525, 1982
11. Mordon RS, Svullinger J, Mollit D, Santulli TV: Operative management of stress ulcers in children. Ann Surg 196:18, 1981
12. Nord KS: Peptic ulcer disease in pediatric population. Pediatr Clin N Am 35:117, 1988
13. Robles R, Parilla P Lujan JA: Long term follow up of bilateral truncal vagotomy and pyloroplasty for perforated duodenal ulcer. Br J Surg 82:665, 1995
14. Tsang TM, Saing H, Yeung CK: Peptic ulcer in children. J Pediatr Surg 7:744, 1990