

# Marginal Ülser ve Komplikasyonları

Şakir TAVLI\*  
Aksel ŞENGÖNÜL\*\*  
İsmet TAŞDELEN\*\*\*  
Onat ARINÇ\*\*\*\*

## ÖZET

*Duodenal ülser tanısı ile ameliyat edilen hastaların yaklaşık % 3-10'unda ortaya çıkan Marginal ülserler hasta ve doktor için kompleks bir problem teşkil edip iyi planlanmış bir tedaviyi gerektirirler.*

*Bu çalışmada kliniğimizde 1980-1982 yılları arasında marginal ülser ve komplikasyonları nedeni ile ameliyat edilen 6 olgu sunulmuş ve konu tartışılmıştır.*

## SUMMARY

### Marginal Ulcer and its Complications

*Marginal ulcers which appear in the 3-10 percent of operated duodenal ulcer patients, pose a complex for both the doctor and the patient and require a carefully planned treatment.*

*In this study 6 patients who were operated with diagnosis of marginal ulcer or with complications of marginal ulcer were presented and subject discussed.*

## OLGULAR

Olgu 1:

C.Ç. 46 yaşında erkek hasta, Prot. No-171880: G.I.S. perforasyonu tanısı ile 15.1.1980 tarihinde operasyona alındı. Billroth II tarzı anastomozun jejunal kısmın-

\* Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\* Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\*\* Uzm. Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

\*\*\*\* Prof. Dr., Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

daki marginal ülser zemininde perforasyon saptandı. Batın içi kirli olduğundan tamir (rafi) uygulanıp bol ilik serumla yıkanarak operasyona son verildi.

Olgu 2:

B.Ş. 30 yaşında erkek hasta, Prot. No-16066/A: 13.7.1981 tarihinde G.I.S. perforasyonu tanısı ile operasyona alındı. Billroth II tarzı anastomozun jejunal kısmında perforasyon saptandı. Primer sütür uygulandı. Batın içi bol serumla yıkanarak operasyona son verildi.

Olgu 3:

İ.Ç. 47 yaşında erkek hasta, Prot. No-28941/B: 25.11.1981 tarihinde gastrojejunokolik fistül tanısı ile operasyona alındı. Eksplozasyonda hastaya Billroth II tarzında operasyon uygulanmış olduğu ve gastrojejunostomi yerinden transvers kolon arka bölümüne fistül oluştuğu gözlemlendi. Mide distal bölüm rezeksiyonu, 20-25 cm. lik jejunum ansı rezeksiyonu, transvers kolonun fistüle iştirak eden yaklaşık 10 cm. lik kısmının rezeksiyonu uygulandı. Jejunajejunostomi ve antekolik anizoperistaltik gastrojejunostomi yapılarak operasyona son verildi.

Olgu 4:

F.V. 27 yaşında kadın hasta, Prot. No-47594/B: 18.3.1982 tarihinde marginal ülser tanısı ile operasyona alındı. Daha önceki operasyonda Billroth I tarzında anastomoz yapıldığı gözlenmiş oldu. Anastomoz yerinden duodenum ayrılıp gömüldü. Mide distal kısmına re-rezeksiyon uygulandı. Billroth II tarzı anastomoz ile operasyon sonlandı.

Olgu 5:

Ö.E. 43 yaşında erkek hasta, Prot. No-56998/B: 1.6.1982 tarihinde gastrojejunokolik fistül tanısı ile operasyona alındı. Billroth II tipi anastomoz yerinden transvers kolona fistül olduğu gözlemlendi. Distal mide rezeksiyonu jejunum ve 10 cm. lik transvers kolon bölümünün rezeksiyonu uygulandı. Antekolik anizoperistaltik gastrojejunostomi yapılarak operasyona son verildi.

Olgu 6:

A.T. 40 yaşında erkek hasta, Prot. No-63478/B: 21.6.1982 tarihinde G.I.S. perforasyonu tanısı ile operasyona alındı. Billroth II tipi anastomoz yerinde jejunal ülser perforasyonu saptandı. Rafi uygulanıp, batın içi bol serumla yıkanıp operasyona son verildi.

## TARTIŞMA

Rekürren ülserasyon her yaşta oluşabilir. Erkeklerde kadınlara oranla 4-6 kez fazladır <sup>1</sup>.

Vagotomisiz gastrojejunostomi uygulanan vakalar 10 yıl izlenirse rekürrens oranının en az % 50 kadar olduğu görülür <sup>4</sup>. Billroth II tipi gastroenterostomilerden sonra % 2 olan rekürrens oranı gastroduodenostomi tipi anastomozlardan sonra daha fazladır. Vagotomi-piloroplastilerde rekürrens oranı yaklaşık olarak % 10'dur. Vagotomi ile gastrojejunostomi uygulandığında oran daha azdır <sup>1</sup>.

Yüksek selektif vagotomilerden sonra rekürrens oranı % 7 civarındadır.

En düşük rekürrens oranı trunkal veya selektif vagotomi ile birlikte uygulanan antrektomi tarzı rezeksiyonlardan sonra görülmektedir. Bu oran % 1'in altındadır <sup>1</sup>.



Gastrojejunostomi veya Billroth II tipi gastrektomilerden sonra ortaya çıkan reküransların büyük çoğunluğu jejunumda görülür <sup>1,4</sup>. Trunkal vagotomi-piloroplasti veya proksimal gastrik vagotomilerin reküransları genellikle duodenumda hemen daima birinci kısmında ortaya çıkar <sup>1,3</sup>.

Genel bir deyimle reküransın primer operasyonun yetersizliğine bağlı olduğu söylenebilir <sup>1-4</sup>. En sık görülen iki sebep yetersiz vagotomi veya basit gastroenterostomidir. Efektif bir trunkal vagotomi asidin direkt vagal stimülasyonunu, gastrin sekresyonunu ve pariyetal hücrelerin çeşitli stimuluslara karşı cevabını azaltır. Yetersiz vagotomilerde bu faktörlerden biri veya daha fazlası gerçekleşmeyecek ve marginal ülser riski ortaya çıkacaktır. Basit gastroenterostomilerde bu faktörlerin hiçbirisi etkin olamayacağından haliyle nüks riski fazladır <sup>4</sup>.

Bir üçüncü cerrahi yetersizlik, yetersiz gastrik rezeksiyondur. Midenin vagotomisz 2/3 distal rezeksiyonu düşük bir ülser rekürans oranına haizdir. Daha düşük orandaki rezeksiyonlarda ise nüks oranı artmaktadır <sup>1,4,5</sup>.

Billroth II tipi rezeksiyonlarda duodenal güdük (stumph) içinde distal antrum bırakılması da bir hayli ülserojenik etki yaratır. Asit inhibasyonunun ortadan kalkması ile kalan antrum parçasından fazla miktarda gastrin açığa çıkar ve bu da ülser reküransına neden olur <sup>1-5</sup>.

Pankreasta gastrin sekrete eden tümörün bulunduğu Zollinger-Ellison sendromu nüks ülserin önemli bir sebebidir.

Hematemez ve melen a rekürans ülserlerde primer ülserlerdeki sıklıkta ortaya çıkar <sup>1-4</sup>. Kanama genellikle şiddetli ve tekrarlayan nitelikte olup kontrolü için acil cerrahi girişim gerektirir <sup>1,4</sup>. % 5-10 vakada kanama tek semptomdur <sup>1</sup>.

Perforasyon da jejunal ülserlerde çok seyrek değildir. Şiddetli ağrı, kollaps, tahta karın şeklinde abdominal rijidite ve peritoneal boşlukta serbest hava gibi primer ülser perforasyonunun bulguları ile tanınır. Rekürans duodenal veya gastrik ülser perforasyonları ise nadirdir <sup>1,2,4</sup>.

Gastrojejunokolik fistül çok nadir bir komplikasyon haline gelmiştir <sup>1</sup>. Gastrojejunostomi veya Billroth II tipi gastrektomilerden sonra gelişen jejunal ülserlerde transvers kolon duvarının erozyona uğraması sonucu gelişmektedir. Alkalen kolonik içerik asiditeyi hızla nötralize edip ülserin iyileşmesine yol açar ve ağrı olmaz fakat bunun yerine şiddetli ve önlenemez diyare ile hızlı kilo kaybı ve malabsorbsiyon semptomları ortaya çıkar <sup>1,3,4</sup>.

Komplikasyonsuz marginal ülserlerin cerrahi tedavisinde primer ülser operasyonunun türü dikkate alınır. Daha önce vagotomisz rezeksiyon uygulanmış olanlarda vagotomili veyahut vagotomisz re-rezeksiyon, vagotomi uygulanmış olanlarda re-vagotomi veya re-vagotomi + rezeksiyon yapılır.

Komplikasyonlu marginal ülser vakalarında vakanın gecikmişliği ve hastanın genel durumu gözönüne tutularak daha tutucu girişimlerin uygulanması gerekir <sup>1,3,4</sup>. Kanama vakalarında sadece kanama kontrolü, gecikmiş perforasyonlarda primer sütür bu düşünce ile uygulanır <sup>1,3,4,5</sup>.

Gastrokolik veya gastrojejunokolik fistül vakalarında fistüle iştirak eden bölümlerin rezeksiyonu vagotomi ile birlikte ideal cerrahi girişimdir <sup>2</sup>.

## KAYNAKLAR

1. MAINGOT, R.: Abdominal operations. Volume I. Seventh Edition, Appleton-Century-Crofts Comp., New York, 1980, p. 451-457.
2. DAVID, C. SABISTON, JR., M.D.: Textbook of Surgery, The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 12th Edition W.B. Saunders Company, 1981, p. 912-913.
3. ENGLEBERT, DUMPHY, LAWRENCE, W. WAY: Current Surgical Diagnosis and Treatment, 4th Edition. Lange Medical Publications. 1979, p. 477-478.
4. EDWARD PASSARE, JR. M.D.: Marginal Ulcer; A Guide the Management The Surgical Clinics of North America. December, 1976, p. 1435-1441.
5. ANDROS, G., DONALDSON, G.A., HEDEBERG, S.E., SONDEERS, R.L., TANNER, N.C.: Anastomic ulcers. Ann. Surg., 165:955-966, 1967.