

W0  
100

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
ANTALYA TIP FAKÜLTESİ  
GENEL CERRAHİ BİRİMİ

+

PEPTİK ÜLSERİN CERRAHİ TEDAVİSİ SONUCU GELİŞEN

GEÇ KOMPLİKASYONLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ

(Uzmanlık Tezi)

T247/1-1

Dr. Kadir Okan Şanlı

Antalya, 1982

(247)

## GİRİŞ VE AMAÇ

Peptik ülserin özellikle tedavisi,dünyanın hemen bütün kliniklerinde güncelliğini korumaktadır.Yapılan pek çok klinik ve deneysel çalışmalara karşın gerek medikal,gerekse cerrahi tedavi yöntemleri bugün bile ideal olmaktan uzaktır.Değişik toplumlarda,değişik nedenlerle yetersiz kalan medikal tedavi,peptik ülser komplikasyonlarının-perforasyon,kanama,stenoz,intraktibilite-cerrahi yöntemlerle tedavisini gerektirmektedir.

Fonksiyonel bir bozukluk sonucu gelişen peptik ülserin tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler,normal fizyolojiyi az yada çok değiştirmekte ve değişikliğin derecesine paralel komplikasyonlara neden olmaktadırlar.

Bu çalışmanın amacı peptik ülser için uygulanan cerrahi tedavi nedeni ile ortaya çıkan komplikasyonları tedaviye yönelik cerrahi girişimlerden alınan sonuçları ilgili literatür ışığında değerlendirmektir.

## GENEL BİLGİLER

Peptik ülser için uygulanan cerrahi girişimlerden sonra gelişen ve tedavilerinde ikinci bir girişim gerektiren komplikasyonları

- A.Dumping Sendromu
- B.Kronik Afferent Lup Sendromu
- C.Alkalemlen Reflü Gastrit
- D.Rekürren Ülser
- E.Metabolik Bozukluklar

olarak sıralamak mümkündür.

## A.DUMPİNG SENDROMU

Fizyopatolojisi ne olursa olsun,dumping sendromunda primer olay midenin rezervua fonksiyonunun ortadan kalkmış olmasıdır. Normalde antrum kontraksiyonları ve pilor sfingterinin açılması sonucu mide muhtevası küçük porsiyonlar halinde proksimal ince barsağa geçer.Uygulanan cerrahi girişime bağlı olarak midenin boşalma mekanizmasının kontrolü ortadan kalkmakta,büyük volümler halindeki hiperosmolar mide içeriği süratle proksimal ince barsağa geçmektedir.Bunun sonucu olarak:

a.Ekstrasellüler sıvı kompartmanından büyük miktar sıvı ince barsak lümenine kayarak sekestre olmaktadır.Sıvının barsak lümenine kayması plazma volümünün % 15-% 30 arasında azalmasına neden olmaktadır.(37)Bu da kompensasyon mekanizmalarını harekete geçirmektedir.

b.Proksimal ince barsakta hızla oluşan intraluminal volüm

intestinal motilitenin artmasına sebep olmaktadır. Buna bağlı olarak, gıdalar sindirim fermentleri ile gerekli süre teması gelememekte ve tam parçalanıp emilememektedir.

Dumping sendromunun vasomotor semptomları halsizlik, solgunluk, terleme, çarpıntı ve baş dönmesidir. Gastro-intestinal semptomları ise karın ağrısı, bulantı, kusma ve patmala şeklinde ishallerdir. (I)

Geç postprandial hipoglisemi Dumping sendromunun bir varyasyonu olarak kabul edilmektedir. Bu, mide içeriğinin süratle ince barsağa geçmesi ve karbonhidratlı gıdaların hızlı absorpsiyonu ile yükselen kan şekeri düzeyine yanıt olarak artan endojen insulinin geç devrede oluşturduğu hipoglisemi olarak açıklanmaktadır. Genellikle karbonhidrattan zengin gıda alınmasından 1-2 saat sonra ortaya çıkan bu durumun semptomları halsizlik, çarpıntı, baş dönmesi, terleme ve anksiyete şeklindedir.

Dumping sendromuna rastlama oranı % 5-12 arasında değişmektedir. (II, 43, 51) Bu verilerde ameliyat tekniği, ameliyat sonrası bakım ve hastayı izleme süresinin önemli rolü vardır. Örneğın Polya tipi anastomozlarda daha sık rastlanmaktadır.

#### B. KRONİK AFFERENT LUP SENDROMU

Bu sendromlu hastaların şikayetleri sıklıkla sırta vuran epigastrik sıkıntı şeklindedir. Bu sıkıntı yemekten sonra dakikadan saatte kadar değişen süreler içinde meydana gelmektedir. Daha sonra ağrı şiddetinin artması ile birlikte hastada spontan veya provoke kusma meydana gelmektedir. Kusma çoğu zaman fişkirir tabiatta ani ve boldur. Sıkıntınının

hafiflemesi bununla birlikte gider.Kusmuk çoğu zaman fazla miktarda olup safra içerir.Öğünler arasında çoğu hasta asemptomatiktir.

Bu sendromun en sık sebebi uzun bir getirici ans veya götürücü ansa nazaran daha aşağıda kalan bir getirici ansdır. Ayrıca getirici ans veya götürücü ansın proksimalindeki obstruksiyonlar,torsiyonlar,adhezyonlar ve rekürren ülsere bağlı darlıklar bu sendroma yol açabilirler.Kronik afferent lup sendromuna rastlama oranı % 0,2 ile %20 arasındadır.(II,43,5I)  
C.ALKALEN REFLÜ GASTRİT

Safralı kusmaların sorumlu olduğu diğer bir olay alkale reflü gastrittir.Bu terim ilk defa Van Heerder tarafından kullanılmıştır.(47)

Alkale reflü gastrit klinik olarak kendisinin ortaya çıkmasına sebep olan afferent lup sendromu ile karıştırılır. Bununla beraber semptomlar açık bir şekilde tamamen farklıdır. Alkale reflü gastritli hastalarda çoğu zaman devamlı bir epigastrik sıkıntı ve yanma vardır.Bu epigastrik sıkıntı öğünlerde şiddetlenir.Kusmalardan sonra kısmi bir rahatlama olabilir.Kusma meydana geldiği zaman fışkırma tarzında değildir ve miktarı az olmaya meyillidir.

Postoperatif alkale reflü gastritin teşhisi röntgende gastro-jejunostominin kötü çalışması,afferent veya efferent lupda obstruksiyonun saptanmasına dayanır.Mide suyu analizinde hipoasidite yada anasidite saptanır.Tanı gastroskopiye hiperemik,ödematöz,gergin mukozaya ve yaygın küçük yüzeysel erozyonların görülmesi ile doğrulanır.Her ne kadar predominant

değişiklikler gastro-jejunostomiye yakın mide mukozasına yerleşim gösterirserde,mide poşunun bütün iç yüzünü,anastomozdan uzaklaştıkça azalmak üzere,kaplar.Değişik bölgelerden alınan biopsilerin mikroskopik incelemesinde mukozanın atrofik ve stomanın ödemli olduğu görülür.Parietal hücrelerin sayılarının azalmış olmasına karşın diğer mide glandlarında hiperplazidikkati çeker.Deneysel çalışmalar bu değişikliklerin,safranın uzun süre mide mukozası ile temasa gelmesinden olduğunu göstermiştir.(31,33)Safrada,mide mukozasındaki değişimi oluşturan esas faktörün safra tuzları olduğu gösterilmiştir.(17)

#### D.REKÜRREN ÜLSER

Postoperatif rekürren ülser çoğu vakada tekrar cerrahi müdahaleyi gerektirebilecek,korkulan organik bir komplikasyondur.

Rekürren ülserin meydana gelmesinde en önemli faktör HCL ve pepsinden zengin mide suyu sekresyonudur.Buna sebep olarak duodenum güdüğünde antrum mukozası bulunması,tam yapılmayan vagatomiler,yetersiz yapılan mide rezeksiyonları,gastrin salgılayan pankreas tümörleri ile diğer aktif hormon salgılayan sürrenal,paratiroid ve hipofiz tümörleri gösterilebilir.

Ameliyattan sonra genellikle ilk senelerde ortaya çıkan rekürren ülserin sıklıkla oturduğu yer HCL'e hassas olan stomanın 2,5 cm'lik çevresindeki jejunum mukozasıdır.(13) Rekürren ülserin direkt anastomozda veya midede oturması

daha nadirdir.

Rekürren ülserin semptomları primer ülserinkine benzer-seda açlık ve gıda alınmasından sonra ortaya çıkan ağrılar, primer ülserle nazaran çok daha şiddetlidir ve tıbbi tedaviye yanıt vermezler.(29)

Rekürren ülserdede,peptik ülserde olduğu gibi,ülserin oturduğu yere göre getirici veya götürücü anıda darlık,penetrasyon,perforasyon ve fistül komplikasyonları görülebilir. Rekürren ülserin görülme sıklığı % 0,5 - % 15 arasında değişmektedir.(41)

#### E.BETABOLİK BOZUKLUKLAR

Peptik ülser nedeni ile cerrahi tedaviye tabi tutulmuş hastalar seneler geçtikce daha yakından takip edilmelidirler.

Bu hastalarda sıkı diyet ve ağrı korkusu ile gıda alamama zayıflamaya yol açmaktadır.Zayıflamaya neden olan diğer bir faktörde pankreatiko-cibal asenkroniye bağlimaldigesyon ve malabsorbsiyondur.(12)

Mide rezeksiyonlarından sonra görülen demir eksikliğine bağlı hipokrom anemilere sebep,yetersiz demir alınması,gizli kanamalar,gıdaların midede kısa süre kalması,mide asiditesinin azalmış olması ve en önemlisi mide suyunda bulunan B<sub>12</sub> vitamininin dolayısı ile demirin rezorbe olmasını sağlayan intrinsek faktörün eksikliğidir.Demir eksikliğine bağlı olarak hipokrom anemi yanında,dudak kenarlarında ragatlar,baş ağrıları,huzursuzluk,uykusuzluk,taşikardi ve çabuk sinirlenme gibi nörovegetatif labilite semptomları görülür.

Duodenumunda, proksimal jejunum bölgesi gibi, demirin rezorpsiyonunda önemli bir rol oynaması, Billroth II' li hastaların Billroth I'li hastalara nazaran anemiye daha çok meyilli olduğunu açıklar.

Calcium eksikliği parsiyel gastrektomilerin bir komplikasyonu olup, yapılan araştırmalara göre ameliyattan 7-15 sene sonra % 30 hastada ortaya çıkmakta ve bazılarında osteomalazilere yol açmaktadır. Vagotomi ve basit direnaja yapılan hastalarda bu komplikasyonun ortaya çıkma riski daha azdır.

(48)



PEPTİK ÜLSER CERRAHİ TEDAVİSİ SONUCU GELİŞEN GEÇ  
KOMPLİKASYONLARIN TANI YÖNTEMLERİ.

I.Radyolojik Muayene:

Mide ameliyatı geçirmiş hastaların değerlendirilmelerinde radyolojik muayene öncelikle önemlidir. Direkt batın grafilerinde görülecek distandü bir afferent lup, afferent lup sendromu tanısı koymada, distandü bir efferent lup ise efferent lup torsiyonu tanısı koymada kıymetli bilgiler verirler. Baryumla yapılan üst gastro-intestinal sistem grafileri ameliyat edilmiş midenin veya yerine konmuş jejunum interponatının durumu, rekürren ülserler, neoplazmalar, ince barsağın durumu ve pasajın hızı hakkında bilgi verirler. Radyolojik tetkik sırasında, anastomozun fonksiyonu, genişliği kolon ve mideye göre pozisyonu, boşalma hızı ve şekli özelliklerle üstünde durulması gerekli noktalardır. Gastrektomili hastalarda verilen kontrast maddenin mideyi çok hızlı bir şekilde terk etmesi her olguda Dumping sendromu tanısı koydurmaya yeterli olmayabilir. Aynı şekilde endoskopik ve patolojik bulgular olmadan radyolojik muayene ile gastrit tanısı koymak oldukça güçtür.

2.Gastroskopi:

Günümüzde gastroskopi, midenin radyolojik muayenesi ile eşit tutulmakta, hatta bazen güvenilirlik yönünden diğer tanı yöntemlerine üstün tutulmaktadır. Gastroskopi ve mide biopsisi tehlikesiz, hastaya zarar vermeyen ve poliklinik şartlarında uygulanabilen bir metod olarak

gelişmiştir.Radyolojik olarak şüpheli görülen mide duvarı değişikliklerini ve lokalizasyonunu açıklamakta,mide şikayetleri olupta radyolojik incelemede patoloji tesbit edilemeyen hastalarda gastroskopi büyük yararlar sağlar.

Ameliyat sonu ortaya çıkan şikayetlerin açıklanmasında direkt ameliyat bölgesindeki değişikliklerin tesbitinde gastroskopinin yararı büyüktür.Peptik ülser vakalarında gastroskopi ve görülerek alınacak biopsiler ülserin karakteri hakkında bilgi verir.Rezeksiyonlu midelerde anastomoz ülserlerini kanserden ayırmada gastroskopi daha büyük önem kazanmıştır.

Alkalen reflü gastritin kesin tanısında olduğu gibi duodenit,jejunit ve efferent lup volvulusundada kesin tanı gastroskopi ile konur.

### 3.LABRATUAR MUAYENELERİ

Peptik ülser nedeni ile cerrahi tedaviye tabi tutulmuş hastalarda seneler geçtikce stomada kanser,anemi,osteoporoz ve kronik pankreatitler gelişebilmektedir.(39) Ottejann'a göre burada preventif hekimliğe bugüne kadar düşen görevden daha çok görev düşmektedir.(35)

Labratuar muayeneleri ile daha klinik belirtileri ortaya çıkmadan bazı metabolizma ve resorpsiyon bozukluklarına bağlı hastalıklar ortaya çıkarılabilmektedir.Bu yüzden bu hastalarda senede en az bir defa tam kan,tam idrar,elektrolitler ve pankreas enzimlerinide içeren kan biyokimyası ile serum demir değerleri tayin ettirilmelidir.

PEPTİK ÜLSERİN CERRAHI TEDAVİSİ SONUCU GELİŞEN  
KOMPLİKASYONLARIN TEDAVİSİ.

Dumpin sendromunun tıbbi tedavisi için yapılan öneriler, nedenini açıklamaya yönelik görüşler kadar çoktur. En çok önerilen tedavi şekilleri diyet, fazla karbonhidratlı gıdalar-  
dan kaçınma, sindirim fermentleri, sedatifler, seratonin antagonist-  
leri gibi ilaçların kullanılması, yemeklerden sonra uzanarak  
istirahat, korseler ve psikoterapidir. Hafif dumping sendromu  
gösteren vakalarda şikayetler yukarıdaki tedbirlerle giderile-  
bilir. (5,38) Dumping sendromunun ağır formlarında ise ameliyat  
için mutlak endikasyon vardır. Cerrahi tedavinin amacı fizyolo-  
jik pasajın yeniden sağlanmasıdır. Bu amaca ulaşmak için serbest  
jejunum interpozisyonu (Şekil 1) ve direkt gastro-duodenostomi  
(Şekil 2) ensık kullanılmış yöntemlerdir. (32,46) Getirici ansın  
interpozisyonu (Benedini, şekil 4) ve götürücü ansın interpozis-  
yonu (Soupault, şekil 3) da tavsiye edilen metodlar arasındadır. (4,8)

Kronik afferent lup sendromu gösteren, genel durumu bozulmuş  
bir hastada yapılabilecek en basit girişim getirici ve götürü-  
cü jejunum anslarını en dip noktada birleştirecek Braun'un  
entero-entero anastomozudur. Hastayı tam olarak rahatlatacak  
ve getirici ans sendromundan kurtaracak yol ise gastro-jejunos-  
tominin rezeksiyonu ile fizyolojik yol olan mide ve duodenumun  
tekrar gıda pasajına sokulmasıdır.

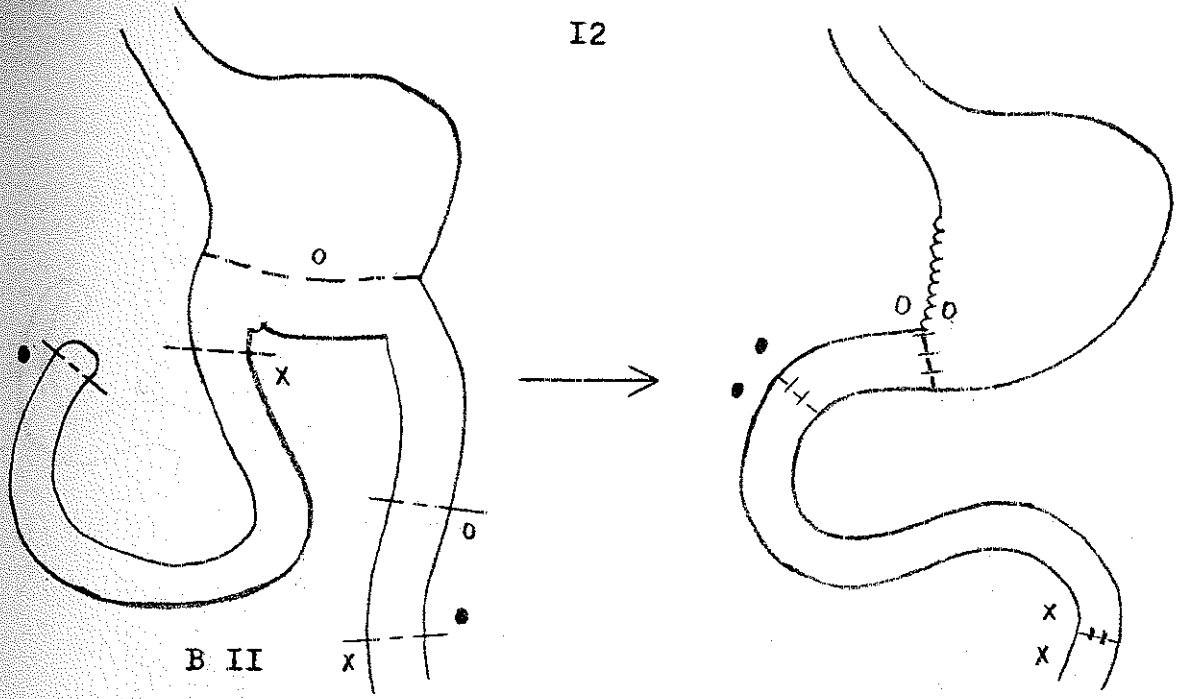
Alkalin reflü gastritin medikal tedavisinde safra asitlerini  
bağlayıcı ajanların kullanılması denenmiştir. Günde 4 defa

Cholesytramin vermekle tatmin edici neticeler alınmıştır.(33) Alkalen reflü gastritin cerrahi tedavisinde,safranın mide içine girmesini önlemek için jejunum interpozisyonu ve Roux'un Y lup ameliyatı yapılması önerilmektedir.

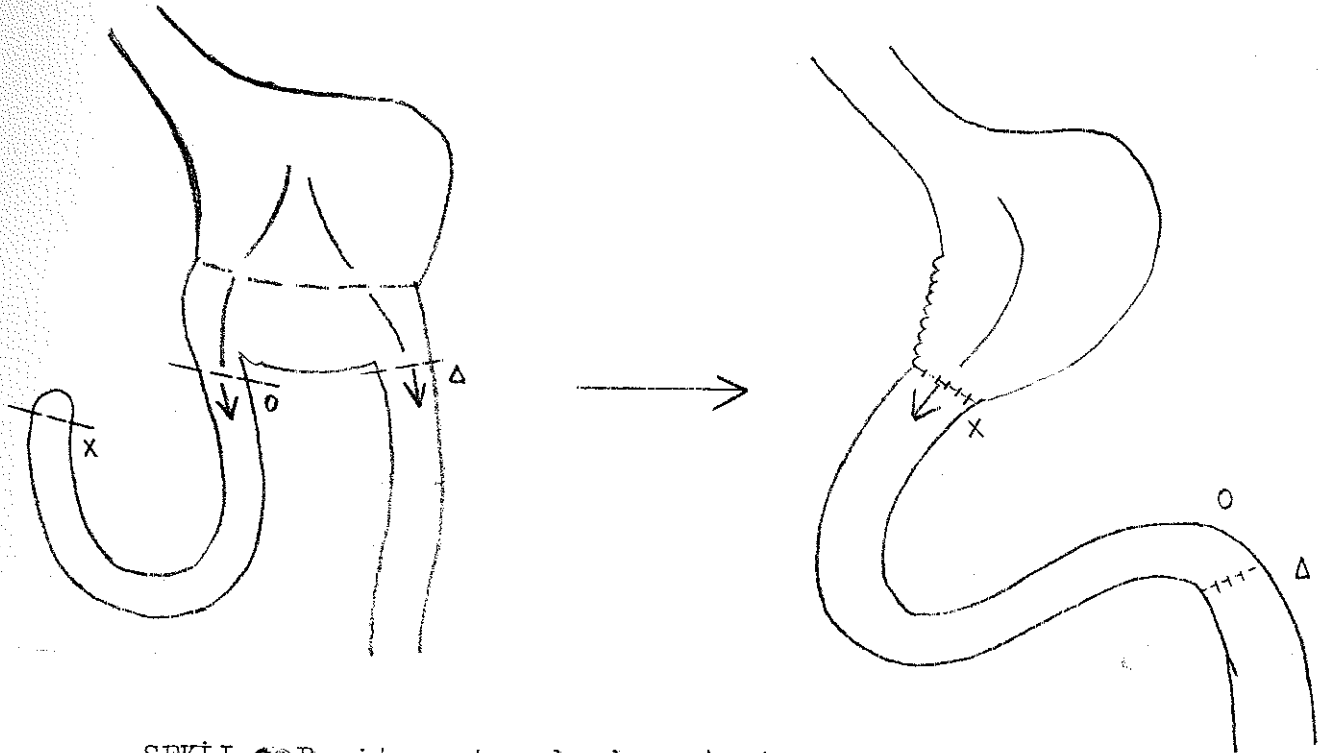
Rekürren ülserlerde tıbbi tedavi ancak % 10 vakada başarılı olduğundan,reintervasyon için endikasyon genellikle vardır.(9,35) Kullanılacak ameliyat tekniği ülserin meydana gelişindeki asıl nedene göre seçilir.Yetersiz yapılmış rezeksiyonlarda ülserli anastomoz bölümünü de içine alacak ikinci bir rezeksiyon ve vagotomi,duodenum güdüğünde antrum mukozası kalmış ise,ki böyle bir durum nükleer tıp metodları ile ortaya konabilir, duodenum güdüğünün rezeksiyonu,çok yüksek asidite bulunuyor ise Zollinger-Ellison sendromu düşünerek bunun tanı ve tedavisi gerekir.

Metabolik bozukluklardan demir eksikliği anemisinde B<sub>12</sub> vitamininin parenteral yoldan substitusyonu gerekir.Calcium eksikliğine bağlı osteoporozlardada organizmanın ihtiyacı olan calciumnu yine oral veya parenteral yollardan tamamlanması gerekir

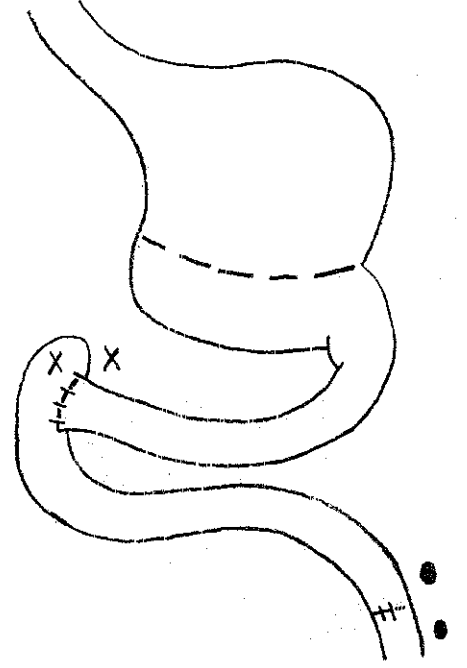
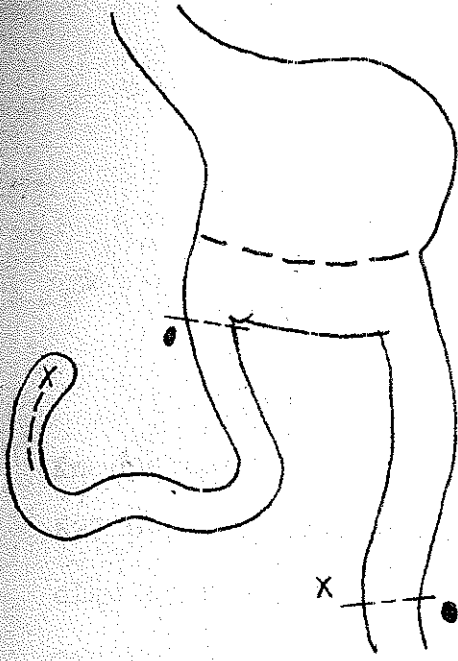
Peptik ülserin cerrahi tedavisinin komplikasyonlarında bugün ancak tarihi değeri bulunan duodenum ile mide arasına kalın barsak interpozisyonu (34),anisoperistaltik jejunum interpozisyonu(19,49) ve midenin rezervuar fonksiyonunu büyültecek ameliyat tekniği ve modifikasyonları (18) da tarif edilmiştir.(40)



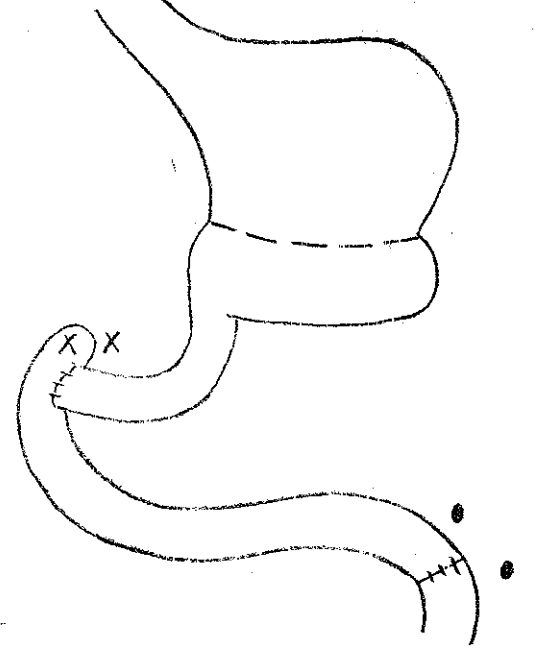
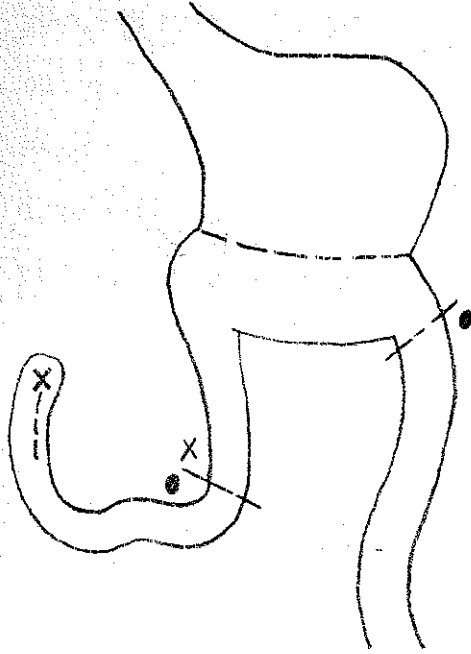
ŞEKİL 1: Isoperistaltik jejunum interpozisyonu



ŞEKİL 2: Basit gastro-duodenostomi



ŞEKİL 3: Götürücü ans interpozisyonu (Soupault)



ŞEKİL 4: Getirici ansın interpozisyonu (Benedini)

## MATERİYAL - METOD

1974-1980 yılları arasında RWTH Aachen Tıp Fakültesi Knappschaftskrankenhaus Bardenberg Eğitim hastanesinde 620 peptik ülser olgusuna cerrahi girişim uygulanmıştır. Bu olguların 29 (%4.6) unda cerrahi girişim daha önce yapılan cerrahi tedavinin komplikasyonunu düzeltmeye yönelik olmuştur. Bu 29 olgudan 3 ünün ameliyat sonrası erken dönemde kaybedilmesi ve bir hastada yeterli bilgi sağlanamaması nedeni ile 25 hasta değerlendirmeye alınmıştır.

Değerlendirmeye alınan hastaların önce genel durumları, şikayetleri, çalışma güçleri ve ameliyattan sonra ne gibi tedavi gördüklerini içeren I4 sorulu anket formları gönderilerek bilgi edinildikten sonra hastalar hastaneye davet edilmişlerdir. 19 hasta davete uyarak hastaneye başvurmuşlardır. Yazılı değerlendirme formlarından alınan bilgiler tekrar alınan hikaye ile teyid edildikten sonra, hastalar fizik muayeneye tabi tutuldular ve rutin laboratuvar tetkikleri yapıldı. Bunların hepsinde baryumla üst gastro-intestinal sistem grafileri çekildi ve yine hepsi fiberoptik gastroskopi cihazı (Olympus CF-LB 3W) ile endoskopik olarak incelendi. Mide, anastomoz ve jejunum bölgelerinden histolojik tetkik için biopsiler alındı.

Klinik, laboratuvar, radyolojik ve endoskopik muayene sonuçlarından elde edilen objektif bulgular ile hastaların anket formlarına verdikleri yanıtlardan elde edilen subjektif bulgular değerlendirildi. Form örneği sayfa 15 de görülmektedir.

HASTALARA GÖNDERİLEN FORM ÖRNEĞİ

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsi:

I. Bu günkü genel durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi:

İyi:

Orta:

Kötü:

2. Ameliyat sonrası şikayetlerinizde iyileşme oldumu?

Tam iyileşme:

Belirli:

Az:

Hiç:

3. Ameliyat sonrası eski mesleğinizi icra edebiliyormusunuz?

Evet:

Hayır

4. Ameliyat sonrası günlük yaşantınızda güçlük çekiyormusunuz?

Evet:

Hayır:

5. Ameliyata bağlı bir şikayetten ev doktoruna gittinizmi?

Evet:

Hayır:

6. Herhangi bir şikayetten dolayı ev doktoruna gittinizmi?

Evet:

Hayır:

7. Ter basması oluyormu?

Evet:

Hayır:

8. Çarpıntınız oluyormu?

Evet:

Hayır:

9. Baygınlık geçirdiğiniz oluyormu?

Evet:

Hayır:

10. Kusmanız oluyormu?

Evet:

Hayır:

11. Kilo kaybınız oldumu?

Evet:

Hayır:

12. Halsizlik hissediyormusunuz?

Evet:

Hayır:

13. Gıdalara karşı tahammülsüzlüğünüz oluyormu?

Evet:

Hayır:

Hangi tip gıdalara karşı?

Yağlı gıdalar:

Kızartmalar:

Alkol:

Baklagiller:

14. Ağrınız oluyormu?

Evet:

Ne zaman:

Hayır:

Aç karnına:

Yemekten sonra :

Yemekten 2-3 saat sonra:

Belirsiz zamanlarda:



## BULGULAR

1974-1980 yılları arasında 29 olguda yapılan, cerrahi tedavi sonucu gelişmiş geç komplikasyonların, CERRAHİ TEDAVİSİNDEN sonra olguları izleme süreleri 3 ay ile 7 sene arasında değişmektedir. Hastaların ilk ameliyatta yaşları 2 ile 52 arasında olup, ortalama 33,2 yıldır. İlk ameliyat ile bizim yaptığımız ameliyat arasındaki süre 1 ile 23 yıl arasında olup ortalama 9 yıldır. Bu ameliyatlarda hastaların yaşları 25 ile 56 arasında, ortalama 42,2 yıldır. Olguların 3 ü (% 10) kadındır. Olguların % 86 sında ilk ameliyat endikasyonu mide veya duodenal ülser nedeni ile konmuş olup, % 14 olguda peptik ülser perforasyonu nedeni ile acil koşullarda girişim yapılmıştır. İlk ameliyatta 24 hastaya Billroth II, 2 hastaya Billroth I tekniği uygulanmış, 3 hastada primer sütür konmuştur. Hiçbir hastada vagotomi yapılmamıştır.

TABLO I: İlk ameliyat endikasyonları

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Mide ülseri	13	44,8
Duodenal ülser	12	41,4
Mide ülseri perforasyonu	2	6,9
Duodenal ülser perforasyonu	1	3,4
<u>Kimyasal yanık</u>	<u>1</u>	<u>3,4</u>
Toplam	29	99,9

13 Olgu hastanemizde yapılan ameliyattan önce başka hastanelerde ikinci bir laparotomi geçirmiş olup, bunlardan II'i rekürren ülser, I'i yapışıklıklar, I olguda da getirici ansın darlığı nedeni ile dir.

Hastanemizde yapılan ameliyatlarda önde gelen girişim endikasyonu rekürren ülserdir. Bunu izleyen ikinci endikasyon Dumping sendromudur. Tablo 2.

TABLO 2: Hastanemizde uygulanan ikinci ameliyat endikasyonları

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Rekürren ülser	19	65,5
Dumping sendromu	6	20,6
Getirici ans sendromu	1	3,4
Duodenum güdüğünde fistül	1	3,4
Götürücü ans volvulusu	1	3,4
Anastomozda kanser şüphesi	1	3,4
<b>TOPLAM</b>	<b>29</b>	<b>99,7</b>

Yapılan ameliyatların tekniği hastaların şikayetleri ve laparatomideki anatomik özellikler göz önüne alınarak seçilmiştir. Ameliyat tekniği olarak basit gastro-duodenostomi, götürücü ansın interpozisyonu, getirici ansın interpozisyonu ve serbest jejunum segmentinin mide ile duodenum arasına izoperistaltik interpozisyonu kullanılmıştır.

TABLO 3: İkinci girişimde uygulanan ameliyat teknikleri

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Gastro-duodenostomi	12	41,4
Serbest jejunum interpozisyonu	8	27,6
Götürücü ans interpozisyonu	7	24,1
<u>Getirici ans interpozisyonu</u>	<u>2</u>	<u>6,9</u>
TOPLAM	29	100

Serbest jejunum interpozisyonu için 10-15 cm uzunluğunda bir jejunum segmenti kullanılmıştır. 13 olguda yapılan ameliyat tekniğine ilaveten selektif vagotomi, 10 olguda trunküler vagotomi yapılmıştır. Vagotomi yapılmayan 6 olgudan ikisinde husule gelen marjinal ülser nüksünden dolayı daha sonra vagotomi yapılma ihtiyacı duyulmuştur. Bir hastada ameliyattan birkaç gün sonra Jejunoduodenostomide meydana gelen ülser nedeni ile acil laparotomiye ihtiyaç duyulmuş ve hastada bu anastomoz bozularak gastro-duodenostomiye çevrilmiştir.

Hastaların subjektif şikayetlerini tespit etmek için gönderilen anket sorularına gelen cevaplarda %21,1 i ameliyattan sonra şikayetlerinde iyileşme olmadığını, %26,3 ü şikayetlerinde ameliyat öncesine nazaran çok az bir iyileşme olduğunu bildirmişlerdir. Tablo 4

TABLO 4:Ameliyat sonrası şikayetlerin subjektif değerlendirilmesi

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Tam iyileşme	7	36,8
Belirli iyileşme	3	15,8
Az iyileşme	5	26,3
Hiç iyileşmeme	4	21,1
TOPLAM	19	100

TABLO 5:Ameliyat sonrası genel durumun subjektif değerlendirilmesi

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
İyi	6	31,6
orta	6	31,6
Kötü	7	36,8
TOPLAM	19	100

Ağrıların bulunup bulunmadığına 10 hasta "evet" cevabı vermiştir. Ağrı zamanı olarak 1 hasta açlık ağrısı, 2 hasta belirsiz zamanlarda gelen ağrılar diğer 7 hasta ise hemen yemeklerden sonra ortaya çıkan ağrılar tarif etmişlerdir.

Gıda alınmasından sonra ter basması, halsizlik ve çarpıntı gibi Dumping semptomları ise hastaların çoğunda bulunmaktadır. Bir hasta bu semptomların gıda almaya bağlı olmaksızın ortaya çıktığını bildirmiştir. En çok görülen semptom % 42 ile ter basmasıdır. Ter basması şikayetleri olan hastalardan % 62 sine jejunum segmenti interpozisyonu, % 37,5 ine ise gastro-duodenostomi yapılmıştır. Hastaların Dumping

sendromuna ait şikayetler tablo 6 da gösterilmiştir.

TABLO 6: Dumping semptomlarının dağılımı

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Ter basması	8	42
Halsizlik	6	31,5
Çarpıntı	4	21
Solgunluk	4	21
Kusma	4	21
Bayılma	2	10,5

Gıdalara karşı tahammülsüzlükten şikayet eden hastalardan 3 tanesi alkole tahammül edemediklerini bildirmelerine rağmen hergün, hatta aşırı miktarda alkol aldıklarında gizlememişlerdir. Hastaların yaklaşık 2/3 ü süt ve tatlılara karşı tahammülsüzlük bildirmiştir. (Tablo 7)

TABLO 7: Gıdalara karşı tahammülsüzlük

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Tatlılar	14	73,6
Süt	14	73,6
yağlı gıdalar	13	68,4
Sütlü gıdalar	12	63,1
Baklagiller	10	52,6
Kızartma	7	36,8
Alkol	7	36,8

Kontrol muayeneleri esnasında hastaların ağırlıkları 49 ile 96 kilo arasında değişmekte idi. Ameliyat sonrası 6 hastanın ağırlıklarının değişmemiş olduğu, 9 hastanın 3 ile 15 kilo arasında kilo aldığı, 4 hastanın ise 3 ile 4 kilo arasında zayıfladığı saptandı.

Hastaların yarısından çoğu ameliyattan sonra normal günlük hayatlarını sürdüremediklerini, bir kısmı ise mesleklerini değiştirdiklerini bildirmişlerdir. (Tablo 8). Hastalardan 3 tanesi hastalıkları dolayısı ile erken emekli olmuşlar, bazılarının erken emeklilik için yaptıkları müracaat ise henüz neticelenmemiştir. Yaş sınırı nedeni ile emekli olan hasta bulunmamaktadır.

TABLO 8 :Ameliyat sonrası çalışma hayatı

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Mesleğini icrada güçlük çekenler	8	42,1
Meslek değiştirenler	3	15,8
Çalışamaz durumda olanlar	8	42,1
<b>TOPLAM</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

18 Olgumuzun fizik muayenelerini takiben, üst gastrointestinal sistemin radyolojik muayenesine tabi tutuldular.

TABLO 9: Radyolojik muayene neticeleri

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Patolojik bulgu yok	10	55,5
Hızlanmış pasaj	3	16,6
Duodenum divertikülü	2	11,1
Rekürren ülser	1	5,5
Pasaj yavaşlaması	1	5,5
Hipotoni	1	5,5
<b>TOPLAM</b>	<b>18</b>	<b>99,8</b>

Radyolojik muayeneyi müteakip hastalar endoskopik muayeneye tabi tutuldular. (Tablo 10)

TABLO 10: Gastroskopi bulguları

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Patolojik bulgu yok	6	33,3
Gastrit	5	27,7
Rekürren ülser	2	11,1
Geniş anastomoz	2	11,1
Anastomoz darlığı	1	5,5
Alkalin reflü gastrit	2	11,1
<b>TOPLAM</b>	<b>18</b>	<b>99,8</b>

Gastroskopi esnasında mide mukozasından alınan biopsilerin histo-patolojik inceleme bulguları şöyledir.

TABLO II:Histo-patolojik bulgular

	<u>Hasta sayısı</u>	<u>%</u>
Patolojik bulgu yok	2	11,1
Hafif yüzeyel gastrit	8	44,4
Ağır gastrit	4	22,2
Kronik atrofik gastrit	3	33,3
<u>Metaplazi</u>	<u>1</u>	<u>5,5</u>
TOPLAM	18	99,8

Hastalarda klinik olarak ortaya çıkmış veya daha klinik semptom vermemiş hastalıkları ortaya çıkarmak için laboratuvar muayeneleri yapıldı. Bu muayenelerde hastanemiz laboratuvarında kullanılan parametreler esas olarak alındı. (14) Yapılan tam kan muayenelerinde yalnız 2 hastada hemoglobin değeri normalin altında bulundu. (10 ve 10,5 mg/100 ml Hb) Diğerleri normal sınırlar içindeydi. Serumda demir tayini neticesi anemisi bulunan 2 hastadan bir tanesinde aneminin demir eksikliğine bağlı olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bu hastada serum demir miktarı 55 mikrogram/100 ml (Normal değer 80-130 mikrogram/100 ml) olarak bulunmuştur. Mide rezeksiyonuna bağlı osteoporoz ve osteomalazileri araştırmak için serum calcium ve alkalin fosfatazları saptandı. Serum calciumu hastalardan 1 tanesinde normalin altında bulunmasına karşın, alkalin fosfataz değerleri hastaların 2/3 ünde normal değerlerin üst sınırında, 1/3 ünde ise normalin üstünde bulundu. Serum calciumu en düşük olan hastanın serum alkalin fosfatazi en yüksek değerde idi.



Serum protein değerleri bütün hastalarda normal sınırlar içinde bulunmuştur. Serum alfa amilazları I hastada çok yüksek çıkmasına karşın, diğer hastalarda normal sınırlar içinde bulunmuştur.

**OL G U L A R I M I Z**  
(İlk ameliyat tarihine göre sıralanmıştır.)

No	Adı soyadı Yaşı,Cinsi	İlk Ameliyat nedeni,şekli yılı	Diğer Ameliyatlar	Son ameliyat Nedeni	Son Ameliyat şekli,yılı	İki Am. arası Interval
1	T.O. 25 E	Kimyasal yanık, B II,1952	—————	Rekürren ülser	Gastro- duodenostomi 1976	24 yıl
2	K.H. 53 E	D.Ülser B II,1957	—————	Dumping sendromu	Souppault,1974	17 yıl
3	H.W. 39 E	Mide ülseri B II,1958	B II,1959	Kanser Şüphesi	Jejunum interpozis. 1976	18 yıl
4	B.M. 37 E	D.Ülser B II,1959	Souppault 1973	Rekürren ülser	Gastro- duodenostomi 1975	16 yıl
5	F.J. 59 E	Mide ülseri B II,1959	—————	Rekürren ülser	Souppault 1976	17 yıl
6	L.K. 32 K	Mide perfor. Primer sütün 1962	B II,1972	Rekürren ülser	Gastro-duode- nostomi,T. vagotomi,1975	13 yıl
7	B.W. 43 E	D.ülser B II,1963	Laparotomi 1964	Rekürren ülser	Jejunum interpozis. T.vagotomi 1977	14 yıl
8	F.H. 31 E	Mide ülseri B II,1963	—————	Dumping sendromu	Gastro- duodenostomi 1974	11 yıl
9	H.F. 51 E	Mide ülseri B II,1963	B II,1965 Perfor.1968	Götürücü ans volvulusu	Gastro- duodenostomi 1977	14 yıl
10	W.P.J.38 E	Mide ülseri B II,1963	Laparotomi 1968	Rekürren ülser	Jejunum interpozis. 1978	15 yıl
11	W.P 55 E	Mide ülseri B II,1964	Laparotomi 1965,kanama 1975	Rekürren ülser	Gastro- duodenostomi 1979	15 yıl

Adı soyadı yaşı,cinsi	İlk ameliyat nedeni, şekli, yılı	Diğer ameliyatlara	Son ameliyat nedeni	Son ameli- yat şekli, yılı	İki amel. arası interval
12 K.J. 45 E	? B II, 1965	—	Rekürren ülser	Gastro- duodenostomi Selektif vagotomi 1974	9 yıl
13 K.P. 44 E	D.ülser B I, 1965	B II, 1970	Rekürren ülser	Gastro- duodenosto. 1978	8 yıl
14 M.K. 37 E	D.ülser B II, 1969	—	Dumping sendromu	Soupault 1977	10 yıl
15 B.M. 30 E	D.ülser B II, 1968	—	Dumping sendromu	Gastro-duo denostomi T.vagotomi 1976	8 yıl
16 W.H. 44 E	Mide ülseri B II, 1968	—	Dumping sendromu	Jejunum interpozis. 1976	8 yıl
17 L.W. 51 E	D. ülser B II, 1969	—	Rekürren ülser	Benedini 1975	6 yıl
18 S.E. 45 E	D.ülser B II, 1969	Rekürren ülser perfor. 1974	Kronik getirici an sendromu	Gastro- duodenostomi 1974	5 yıl
19 M.H. 35 E	D.ülser perfor. primer sütün 1970	B II,	Rekürren ülser	Jejunum interpozis. 1976, Torakal vagotomi 1977	6 yıl
20 W.M. 35 E	Mide ülseri B II, 1970	—	Dumping sendromu	Benedini 1975	5 yıl
21 B.R. 43 E	D.ülser B II, 1971	Laparotomi 1977	Rekürren ülser	Soupault 1978	7 yıl
22 M.K.H. 44 E	Mide ülseri BII, 1975	—	Duodenum Fistülü	Soupault 1975	4 yıl
23 S.E. 31 E.	D. Ülser B II, 1972	—	Rekürren ülser	Jejunum interpoz. 1975	3 yıl

NO	Adı Soyadı yaşı,cinsi	İlk Ameliyat nedeni,şekli yılı	Diğer Ameliyatlar	Son Ameliyat Nedeni	Son Ameliyat Şekli,Yılı	İki Ame. arası interval
24	T.H. 44 E	D. Ülser BII,1972	Laparotomi 1973	Rekürren ülser	Soupault, sel.vagotomi 1974	2 yıl
25	C.H. 42 E	Mide perf. Primer suture 1973	B II,1974	Rekürren ülser perf.	Jejunum İnterpozis. 1974,Tora- kal vagotomi 1975	7 ay
26	C. J. 55 E	D. Ülser BII,1973	B II,1974	Rekürren ülser	Jejunum İnterpozis. 1975	2 yıl
27	L.T. 56K	Mide ülseri BII,1974	_____	Rekürren ülser	Gastro- duodenostomi 1978	4 yıl
28	B.G. 50 E	Mide ülseri BII,1975	BII-1977	Rekürren ülser	Gastro- duodenostomi, T.vagotomi 1978	1 yıl
29	R.W. 37 E	Mide ülseri BII,1975	_____	Rekürren ülser	Soupault, T.vagotomi 1976	1 yıl

## TARTIŞMA

Yeni bir cerrahi girişim gerektiren peptik ülser cerrahisi sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar

1. Dumping sendromu
2. Kronik getirici ans sendromu
3. Alkalen reflü gastrit
4. Rekürren ülser

şeklinde sıralanabilir.

Bu olgularda cerrahi tedavinin amacı bu hastalık tablolarını meydana getiren asıl sebebin ortadan kaldırılması ve fizyolojik sindirim için gerekli olan ortograd mide duodenum pasajının yeniden meydana getirilmesidir.

Dumping sendromu Billroth II li hastaların yaklaşık %2 ile I4 arasında görülmektedir. (11,43,51) Bizim vakalarımızda %0,32 oranındadır. Woodward dumping sendromlu 15 hastada jejunum interpozisyonu ile yaptığı girişimlerde iyi neticeler aldığını bildirmiştir. (50) Haangren, Henley, Borg ve Fenge'de jejunum interpozisyonu ile dumping sendromunun gastro-intestinal ve vasomotor semptomlarının bertaraf edildiği gibi bu hastalarda demir ve B<sub>12</sub> vitamininin rezorpsiyonunun düzelmesi ile hemoglobin değerlerinin yükseldiğini göstermişlerdir. (6,11,15,20) Herrington ve Jordan ile Kay ve Cox ise dumping sendromunda aniso-peristaltik jejunum interpozisyonunu tavsiye etmektedirler. (22,25,26) Heymen ve Schützlere ise getirici ansın interpozisyonu ile iyi neticeler bildirmişlerdir. (23)

Bu metodların dışında Dumping sendromunda kullanılmış olan isoperistaltik ve anisoperistaltik jejunum segmentlerinden bir poş meydana getirme,yapılan teknik hatalar yüzünden komplikasyon ve mortalitenin yüksek olduğu gerekçesi,kalın barsak interpozisyonu ise rekürren ülser sıklığı nedeni ile terk edilmiştir. (18,27,30,34)

Dumping sendromu nedeni ile ameliyat ettiğimiz 6 olgudan 2'sine isoperistaltik jejunum segmenti interpozisyonu,2'sine götürücü ansın interpozisyonu,birisine direkt gastro-duodenostomi vebirisinide getirici ansın interpozisyonu uygulanmıştır.Bu olgularda en iyi netice,iki olgudada tam iyileşme ile isoperistaltik jejunum interpozisyonu yöntemi ile alınmıştır.

Dumping sendromunda yaptığımız girişimlerde aldığımız bu netice Woodward,Haangren,Henley,Borg ve Fenge'nin aldığı neticelere uymaktadır.

Billroth II tipi mide ameliyatlarına özgü bir komplikasyon olan kronik getirici ans sendromunun sıklığı literatürde % 2 ile %20 arasında değişmektedir.(II,43,5I) Bizim hasta gurubumuzda % 1,6 oranında olup,literatürde verilen oranın altındadır.

Uzun süre devam eden getirici ans sendromunda beslenme bozukluğu ve genel durumun bozulması halinde ameliyat için mutlak endikasyon vardır.Bu gibi durumlarda ansın en alt noktası ile götürücü ans arasında yapılacak Jejuno-jejunostomi (Braun anastomozu),diğer hallerde ise fizyolojik mide duodenum pasajını sağlayacak bir ameliyatın yapılması gerekmektedir.

Fenge isoperistaltik jejunum interpozisyonu ile bu hastalarda iyi neticeler alınacağını bildirmektedir.(II) Hollender'e göre ise getirici ansın interpozisyonu ile, Billroth II'nin diğer komplikasyonlarında olduğu gibi, getirici ans sendromunda da en iyi netice alınacaktır.(24)

İlk defa Van Heerden tarafından tarif edilen alkalen reflü gastrit, afferent lup sendromunun neden olduğu bir komplikasyondur.(47) Menguy bu sendromu gösteren olgularda tıbbi tedavi ile (Cholesytramin) ile netice alınamayan vakalarda jejunum interpozisyonu veya Roux'un Y lup anastomozunu önermektedir.(33)

Rekürren ülser nedeni ile yapılan girişimlerin sıklığı literatürde % 0,5 ile %15 arasında değişmektedir.(38) Bu oran bizim olgularımızda % 3 ile literatürde bildirilenin alt sınırına yakın düşmektedir.

Rekürren ülserin oluşmasındaki sebeplerin arasında midenin yetersiz rezeksiyonu ve gastrin salgılayan antrum bölgesinde büyük bir kısmının bırakılması veya kör olarak kapatılan, pankreas ve safra salgısı ile alkalen bir ortam olan, duodenumda antrum mukozası bırakılarak gastrin ve dolayısı ile HCL salgısını stimüle etmesidir. Zollinger-Ellison sendromu gibi diğer sebepler daha arka planda kalırlar. Schreiber rekürren ülserin meydana gelmesine sebep olan faktörün ortadan kaldırılması yanında Billroth II anastomozunun direkt gastro-duodenostomiye dönüştürülerek fizyolojik yolun tekrar oluşturulması ile iyi

neticeler aldığını bildirmektedir.(41) Kronber ve Stücker ise yukarıdaki gerekçeye duodenumun termik,kimyasal ve mekenik etkilere daha dirençli olduğunu ekleyerek rekürren ülser nedeni ile yapılacak girişimlerde direkt gastro-duodenostomiye önermektedirler.(29,44)

Mide güdüğünün küçük olduğu hallerde,duodenumun Kocher manevrası ile mobilizasyonuna rağmen,Billroth I anastomozu gerilim altında bulunuyor ise mide ile duodenum arasına bir jejunum segmenti interpozisyonu gereklidir.Hedenstet ve Herrington bu yöntemle iyi neticeler aldıklarını yayınlamışlardır.(19,22)

Getirici ansın interpozisyonu (Benedini) ve götürücü ansın interpozisyonu (Soupault) vagotomi ile kombine edilseler bile rekürren ülserin meydana gelmesine sebep olan asıl faktörleri ortadan kaldırmadığı için iyi neticeler vermemekte,bu yüzden taraftar bulamamaktadır.(23)

Rekürren ülser nedeni ile yaptığımız 19 cerrahi girişimden 8 olguda direkt gastro-duodenostomi,6 olguda jejunum interpozisyonu,4 olguda Soupault yöntemi ve bir olguda Benedini yöntemi kullanılmıştır.Bu olgulardan takip edebildiğimiz 6 gastro-duodenostomili,5 jejunum interpozisyonlu,2 Soupault ve I Benedini ameliyatı uygulanan hastadan direkt gastro-duodenostomili olanlar en az şikayeti olanlardı.Bunlardan 4 olguda tam iyileşme,I olguda belirli iyileşme,I olguda az iyileşme olduğu saptanmıştır.Jejunum interpozisyonlu olgulardan ise 2 si tam iyileşme,2 si belirli bir iyileşme bildirdiler.Soupault yöntemi uygulanan olgulardan 2 side şikayetlerinin ameliyattan sonrada devam



ettiğinden yakındılar. Benedini yöntemli bir olgu ise şikayetlerinde hiç iyileşme olmadığını bildirdi.

Bizim direkt gastro-duodenostomi ve jejunum interpozisyonu ile aldığımız iyi sonuçlar Deutscher, Hart, Heymen, Kortman, Kronberger, Schreiber ve Stückerin sonuçlarına uymaktadır.

(10,16,23,28,29,41,44)

Serumda bazı fermentlerin tespiti, patolojik süreçlerin ilk belirtileri olabilir. Pendower ve Tanner tarafından mide rezeksiyonundan sonra görülen pankreatitler yazılmıştır. (36) Bertelheimer'e göre mide rezeksiyonundan sonra görülen pankreatitler tipik bir olay değildir. (2) Becker ise Billroth II'li bilhassa getirici ansında darlık olan hastaların pankreaslarında pankreas fibrozu tarzında morfolojik değişiklikler tespit etmiştir. (3) Getirici ansdaki darlığın uzun zaman devam etmesi gastrin, sekretin ve pankreozimin gibi pankreası stimüle eden hormonların yetersizliğinde veya pankreatik-cibal asenkronide pankreasın ekzokrin fonksiyonunda yetersizliğe, hatta enzimlerin tamamen yok olmasına sebep olabilir. Henning ve arkadaşları araştırmalarında bu gibi durumlarda pankreas enzimlerinde aktivite düşüklükleri tespit etmişlerdir. (21) Booth muayene ettiği mide rezeksiyonlu hastaların % 10 unda maldigesyon ve malabsorbsiyona bağlı demir eksikliği tespit etmiştir. (7)

Bizim bir olguda gördüğümüz yüksek alfa amilaz bulgusu, bu hastanın alkolik olmasına bağlıdır. Bu olgu değişik zamanlarda akut pankreatit tanısı ile dahiliye kliniğinde tedavi görmüştür. Mide rezeksiyonuna bağlı demir eksikliği anemisi yalnız

bir olgumuzda tespit edilmiştir.

Borg reintervasyon geçirmiş olguların 2/3 ünde psikoasteni ve psikoz bulunduğunu iddaa etmektedir.(6) Postoperatif şikayetleri devam eden ve şikayeti bulunmayan reintervasyon geçirmiş 20 şer olguda yaptığı araştırmada, şikayetleri devam eden olguların çoğunda daha ilk ameliyattan önce nöroz ve şahsiyet bozukluğu olduğunu ortaya çıkartmıştır.

Bizim olgularımızda da anket sorularına verdikleri yanıtlar ile klinikteki ifadeleri birbirini tutmayan ve klinik muayeneleri ile şikayetleri birbirine uymayan olgular vardır. Bu yüzden ameliyat kararı verirken cerrahi endikasyon yanında mide rezeksiyonlu hastanın psişik durumunuda göz önüne almak gereklidir. Cerrahi tedaviden sonra psiko-somatik kliniklerde tedavi gören hastaların sayısı oldukça yüksektir. Bu hastalar cerrahi tedavinin neticesinden çok şahsiyet değişikliğinden tedavi görmektedirler.(6,42) Bu gibi nöro-vegetatif bozukluk gösteren hastalara psikolojik olarak ihtimam göstermek gerekmektedir.

Ülser cerrahisi sonucu gelişen geç komplikasyonların cerrahi tedavisinde kesin tanı ve endikasyon konduktan sonra verilecek ameliyat kararında yüksek ameliyat mortalitesi de göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim olgularımızda %10 olan ameliyat mortalitesi, %6 ile %10 arasında bulunan literatür sonuçlarına uygunluk göstermektedir.(10,16,27,32,45,46) Bizim olgularımızda mortalitenin yüksek sınırdan olması kısmen yaş ortalamasının yüksek olması, kısmende olguların daha önce iki ve daha çok sayıda laparotomi geçirmiş olması (13 olgu-%45) ve 100 olguda (%30)

ülser komplikasyonlarının -3 kanama,4 mezokolona penetre ülser, I perforasyon,2 gastrokolik fistül- bulunması nedenlerine bağlanabilir.Hastanın ameliyata istenen düzeyde iyi bir genel durumla alınamaması,anatomik ilişkilerin bozulmuş olması ve ameliyat yönteminin oyalayıcılığı,ameliyatın mortalitesini arttırıcı faktörler olarak düşünülebilir.

## S O N U Ç

Yaptığımız bu çalışmada:

1. Peptik ülser cerrahi tedavisinde geç komplikasyonları tamamen ortadan kaldırmak mümkün görünmemektedir. Öyleki her uygulanan teknik kendi geç komplikasyonlarını da birlikte getirmektedir. Bununla beraber,

2. Dumping sendromu olgularında uygulanan cerrahi tedavi yöntemlerinin geç komplikasyonlarının minimumuma indirmek bakımından, en uygunu jejunum interpozisyonu olduğu kanısına varılmıştır.

3. Kronik getirici ans sendromunda ve

4. Alkalen reflü gastrit olgularında geç komplikasyonların minimumuma indirilmesi bakımından, en uygun cerrahi yöntemin yine jejunum interpozisyonu olduğu kanısına varılmıştır.

5. Rekürren ülser olgularında geç komplikasyonların minimumuma indirilmesi bakımından, en uygun cerrahi yöntemin direkt gastro-duodenostomi olduğu kanısına varılmıştır.

6. Peptik ülser cerrahisinde uygulanan tekniğin fizyolojiyi değiştirme derecesi ile paralel olarak geç komplikasyon oranı yükselmektedir.

7. Peptik ülser cerrahi tedavisinde, hastalığın kesin tanısından emin olarak hastaya ve hastalığa ait bütün faktörler değerlendirildikten sonra uygun ve titiz cerrahi yöntemin uygulanması geç komplikasyonların minimale indirilmesi bakımından

kaçınılmaz olduğu kanısını vermiştir.

8. Peptik ülser için cerrahi girişimden sonra komplikasyon gelişen olgularda subjektif şikayetlerin iyi değerlendirilebilmesi için psikiyatrik yönden değerlendirilmesi uygun olacaktır.

9. Uygulanacak cerrahi yöntemin, hastanın ve hastalığın özelliğine göre değil fakat doğruluğuna inanılan tek bir yöntemin her olguya uygulanması sonuçta çözümlü hemen olanaksız sorunların çıkmasına neden olmaktadır.

## Ö Z E T

1974-1980 yılları arasında RWTH Aachen Tıp Fakültesi Knappschaftskrankenhaus Bardenberg Akademik Eğitim Hastanesinde 29 olguya rekürren ülser, dumping sendromu, getirici ans sendromu, duodenum güdüğünde fistül ve götürücü ans volvulusu nedenleri ile ikinci bir cerrahi girişim uygulandı. Postoperatif anket formu ile değerlendirmeye ilaveten, 19 hastada radyolojik, endoskopik ve laboratuvar araştırmaları yapıldı. Bulgular mevcut literatür ışığı altında değerlendirildi.

## LITERATUR

1. Adlersberg, D., Hammerschlag, E.: The Postgastrectomy syndrome  
Surgery 21, 720, 1974
2. Bartelheimer, H., Maurer, H. J.: Magenoperationen und Magenoperirter  
W. de Gruyter Verlag, Berlin, 1969
3. Becker, V.: Sekretionsstudien am Pankreas. Zwangslose Abhandlung-  
en aus dem Gebiet der normalen und pathologischen Anatomie.  
Heft I, Stuttgart, 1957
4. Benedini, E., Gibelli, G. A., Sabbioni, D.: Conversione di Billroth II  
in Billroth I mediante trapianto dell'ansa digiunale afferente  
al duodeno in un caso di Dumping syndrome precoce grave.  
Chir. Ital., 12, 69, 1960
5. Bohmansson, G.: Profilaxis and therapy in late postgastrectomy  
complications. Acta med. Scand. 246, 37, 1950
6. Borg, I., Borgström, G., Haeger, K.: The value of the Billroth II con-  
version operation in the treatment of the postgastrectomy syndrome  
Acta chir. Scand. 134, 655, 1968
7. Booth, C. C., Brain, M. C.: Late postgastrectomy syndromes. Hypoprotein-  
aemia after partial gastrectomy. Proc. R. Soc. Med. 57, 528, 1964
8. Bucaille, M., Soupault, R.: Correction de certaines gastrectomies  
aux résultat défectueux par la transposition de l'anse afferente au  
duodenum. Arch. Fr. Mal. App. Dig. 44, 129, 1955
9. Demling, L.: Der kranke Magen. Verlag Urban-Schwarz. München, 1970
10. Deutscher, F.: Operationen am operiertem Magen. Bibl. Gastro.  
6, 255, 1964

- II. Fenge, H. J., Gudman-Hoyer, E. Kallehaug, H. E.: Clinical experience with isoperistaltic interposition of a jejunal segment for the incapacitating dumping syndrome. *Am. Surg.* 175, 274, 1972
- I2. Fineberg, C., Templeton, Y. J.: The correction of postgastrectomy malabsorption by jejunal interposition. *Surg. Clin. North Amer.* Vol. 53, No. 3, 1953
- I3. Gabriellson, N.: Recurrent ulceration following gastric resection A gastrophotographic and röntgenologic study. *Endoscopy* 4, 83, 1972
- I4. Greiling, H.: Normalwerttabelle des klinisch-chemischen Zentrallaboratoriums der RWTH Aachen, 1973
- I5. Haangren, A., Hedenstet, S.: Nutritional studies in the dumping syndrome. *Am. J. Dig.*, Vol. 12, No. II, 1967
- I6. Hart, W.: Indikationen und Ergebnisse der Umwandlungsoperationen nach Magenresektion wegen Gastro-duodenal ulcus. *Zbl. Chir* I, 1264 1967, Sond. blatt.
- I7. Mamza, K. N., Den Besten, L.: Bile salts producing stress ulcers during experimental shock. *Surgurg* 71, 161, 1972
- I8. Hays, R. P.: Anatomic and physiologic reconstruction following total gastrectomy by the use of a jejunal pouch. *Surg.* 4, 291, 1953
- I9. Hedenstet, S.: Gastrectomy with jejunal replacement. *Acta chir. Scand.* 117, 295, 1959
20. Henley, F. A.: Gastrectomy with replacement. *Br. J. Surg.* 40, 118, 1952
21. Henning, N., Berg, G., Wüst, H.: Störungen nach Magenresektion. *Dtsch. med. Wschr.* 91, 843, 1966
22. Herrington, L. J.: Remedial operations for severe postgastrectomy symptoms. *Ann Surg.* 789, 1965



- The afferent loop syndrome. Additional experience with its surgical management. *Am. J. Surg.* 34, 321, 1968
- Utilization of small bowel segments as a gastric reservoir for control of the dumping syndrome. *Am. J. Surg.* Vol III, 1966
23. Heymann, H., Schützler, J. F.: Indikationen und Ergebnisse bei Umwandlungsoperationen in der Magen Chirurgie. *Langenb. Arch. Chir.* 309, 245, 1965
24. Hollender, L. F.: Sava, G., Adloff, M.: Transposition der abführenden Schlinge auf das Duodenum nach Magenresektion. *Akt. Chir.* 2, 1968
25. Jordan, G. L., Angel, R. T., Mc Ilhaney, J. S.: Treatment of the postgastrectomy dumping syndrome with a reversed jejunal segment interposed between the gastric remnant and the jejunum. *Am. J. Surg.* 106, 451, 1963
26. Kay, A. M., Cox, A. G.: Jejunal transposition for the postgastrectomy patient. *Br. J. Surg.* 51, No. 10, 1964
27. Knox, W. G.: Use of a jejunal pouch in treating postgastrectomy malnutrition. *Ann. Surg.* 161, 35, 1965
28. Kortmann, K. B., Schreiber H, W.: Die Billroth II-Billroth I Umwandlungsoperationen. *Med. Welt* 26, Heft 18, 861-867, 1975
29. Kronberger, L.: Korrektur operationen beim operierten Ulcusmagen. *F. Enke Verlag, Stuttgart*, 1970
30. Lawrance, W. J., Kim, M., Isaacs, M., Randall, H. T.: Gastric reservoir construction for severe disability after subtotal gastrectomy. *Surg. Gynec. Obstet.* 119, 1219, 1964
31. Lawson, H. H.: Effect of duodenal contents on the gastric mucosa under experimental conditions. *Lancet* I, 469-475, 1964
32. Mathews, C.: Conversion of Billroth II to Billroth I for the

- relief of postgastrectomy symptoms. *Am. J. Surg.* 90, 317, 1955
33. Menguy, R., Max, M. H.: Influence of bile on the couine gastric-antral mucoza. *Am. J. Surg.* 119, 177, 1970
34. Moreney, J.: Colonic replacment of the stomach. *Lancet* I, 993, 1951
35. Ottejann, N.: Voruntersuchungen und Indikationen zu Spateingriffen am operierten Magen. *Med. Klin.* 67, 475, 1972
36. Pendower, J. E. H., Tanner, N. C.: Pankreatitis following gastrectomy *Br. J. Surg.* 47, 145, 1969
37. Peters, H.: Tierexperimentelle Untersuchungen zur Atiologie des Dumping sendroms nach Verschiedenen Magen Operationen. Habilitationsschrift. 1975, Aachen
38. Perman, E.: The so-called dumping syndrome after gastrectomy *Acta. med. Scand.* 128, 361, 1957
39. Rösch, W.: Diagnostik des operierten Magens. Optiemirte rationel diagnostik in der Gastroenterology. Witzstrock, Baden-Baden 1973
40. Sawyers, J. N., Herrington, J. L.: Antiperistaltic jejunal segments for control of the dumping syndrome and postvagotomy diarrhea *Surg.* 69, No 2, 263, 1966
41. Schreiber, H. W., van Akeren, H., Rechner, M.: Spateingriffe am operierten Magen. *Bruns Beitrag klin. Chir.* 220, 133, 1973
42. Schwidder, W.: Psychosomatik und Psychotherapie bei Störungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes. *Acta, Psychosom.* 7, 1965
43. Stemmer, E. A.: A physiological approach to the surgical treatment of the dumping syndrome. *J. A. M. A.* Vol. 199, No 12, 1967
44. Stücker, F. J., Carena, A., Hoffman, K.: Frühe und spate reintervention nach Magenrezektion wegen gastro-duodenal Ulkus.

Chirurg 44,7,1973

45. Tanner, N.C.,: Results of operation for postgastrectomy syndrom.  
Gastroenterology 92,146,1959
46. Teicher, J., Friedmann, M.N., Lipton, S.: Malfunctioning stoma following subtotal gastrectomy corrected by converting a gastro-jejunosomy to a gastro-duodenostomy. Ann. Surg. 134,1056,1951
47. Van Heerden, J.A., Priestley, J.P.: Postoperative alkaline reflux gastritis. Surg. Implication. Am. J. Surg. 118,435,1969
48. Venables, C.W., Wheldon, E.J.: Late metabolic sequelae of vagotomy and gastrectomy. Lancet I,437-440,1970
49. Willms, R.K., Jordan, G.L.: Reversed jejunal segment. J.A.M.A., 178,1008,1961
50. Woodward, E.R.: Surgical treatment of postgastrectomy dumping syndrome. Surg. Gynecol. Obstet. 111,492,1960
- The pathophysiology of afferent loop syndrome. Surg. clin. North Am. 46.411,1966
51. Zenker, R., Ruff, F.: Das dumping syndrom und seine chirurgisch therapie. Med. klin. 60 No22,1965
- Komplikationen nach magenresektion in der ulkus chirurgie. Zbl. Chir. 92,1967