

STOMA ÜLSERLERİ

A. Mecit Doğru*

İ. Halûk Gökçora**

Eskiden peptik ülserlerde yegâne ameliyat şekli olarak mide rezeksiyonu yapıldığı için stoma ülserleri «Postgastrektomi Sendromları» grubuna sokulurdu. Zamanımızda ise peptik ülser için rezeksiyondan çok vagotomi ve drenaj yapıldığından ve duodenopankreatektomiden (Whipple ameliyatından) sonra da stoma ülseri olduğundan (4) bunları başlıbaşına bir komplikasyon grubu (antite morbid) olarak ele almak gerekir.

Terminolojide de bazı gelişmeler olmuştur. Şöyle ki «Ulcus pepticum jejuni» deyimi, vagotomiden sonra piloroplasti veya gastroduodenostomi yapıldığında ülser duodenumda olduğundan yerini «Stoma ülseri» ne bırakmaktadır. Bununla beraber stoma ülserinin hâlâ «Marginal ülser, anastomoz ülseri, dikiş hattı ülseri veya gastrojejunal ülser» gibi sinonimleri kullanılmaktadır (6).

Son zamanlarda kliniğe gelen stoma ülserlerinin gittikçe arttığı dikkatimizi çekti. Rezeksiyonun azalmasına karşın bu şekil bir morbiditenin yükselmesi bize vagotominin üzerinde durulması gerektiğini telkin etti ve dolayısıyla konunun üzerine eğildik.

MATERYEL VE METOD

Son iki yıl içinde (1978 - 1979 de) kliniğimize yatan 30 stoma ülseri olgusu üzerinde retrospektif bir değerlendirme yapıldı. Hastaların yedisi kadın ve 23'ü ise erkekti (Tablo I). Bunların yalnız bir tanesi kliniğimizde ilk ameliyatını geçirmiş, ötekileri ise çeşitli illerden gelmişlerdi.

Kliniğimizde yatan hastalarda tanı radyografi, gastroskopi ve belirgin kanama tarif etmeyenlerde dışkıda gizli kan araştırılmak suretiyle kondu.

Peptik ülserin nüksüne sebep olarak Zollinger-Ellison sendromu yalnız bir hastada araştırıldı. Mide suyu incelendi. Bunda ayrıca hiperparatiroidizm ihtimali ortadan kaldırılmak üzere serumda ve idrarda kalsiyum tayinleri yapıldı.

Ameliyattan önce vagotominin tam olup olmadığı araştırılmadı.

* A. Ü. T. F. Genel Şirürji Kliniği Profesörü

** A. Ü. T. F. Genel Şirürji Kliniği Uzman Asistanı

Tablo I : Olgular

Olgu No.	Adı Soyadı	Yaşı	Cins	Şiddetli ağrı	Belirgin kanama	İshal	Zayıflama	Radyolojik	Endoskopi	Mide suyu asiditesi	Dışkıda kan	Serum kalsiyum düzeyi
1	K B	77	E	+	-	+	+	-	-	-	-	-
2	S G	55	K	+	+	-	-	Niş	Normal	Hiper	+	Normal
3	T K	37	E	+	+	-	-	Niş	Normal	Normal	+	Normal
4	İ U	41	E	+	-	-	+	-	-	Normal	-	-
5	M A	38	E	+	+	-	-	-	-	-	+	-
6	S D	32	E	+	+	-	-	-	-	-	+	-
7	K G	46	E	+	+	-	+	-	-	-	+	-
8	S G	39	E	-	+	-	-	Niş	Ülser	Hiper	+	-
9	E Ö	43	E	-	+4	-	-	-	Normal	-	+	-
10	T Ö	40	E	-	+4	-	-	-	Hiper	Hiper	+	-
11	M D	55	E	+	-	-	+	-	-	Hiper	-	-
12	R B	32	E	+	+2	-	-	Normal	Ülser	Normal	+	-
13	F K	40	K	+	-	-	-	-	-	-	-	-
14	M Ö	50	E	+	-	-	-	-	-	Normal	-	-
15	N Y	26	E	+	-	-	+	-	-	-	-	-
16	F Ö	40	K	-	-	+	-	Niş	Ülser	Normal	-	-
17	S S	50	E	+	+6	-	+	Niş	Ülser	-	-	-
18	T T	40	E	+	-	-	+	-	-	-	-	-
19	Ş A	38	K	+	-	-	+	-	Ülser	Normal	-	-
20	M A G	40	E	+	-	-	-	-	-	-	-	-
21	T K	37	E	+	+	-	-	Stoma darlığı	-	Normal	+	Normal
22	İ B	34	E	-	+	+	-	Niş	Normal	Hiper	+	Normal
23	N S	46	K	+	+	-	-	Niş	Ülser	Hiper	+	-
24	M O	45	K	+	-	-	-	-	-	-	-	-
25	H D	43	K	+	-	-	-	Normal	Normal	-	-	-
26	Ş U	55	E	+	+2	-	-	Stoma darlığı	-	-	+	-
27	B B	38	E	+	-	-	-	-	-	-	-	-
28	M Ş	48	E	+	-	+	-	Normal	Normal	-	-	-
29	İ C	46	E	+	-	-	-	-	Ülser	Hiper	-	-
30	T O	54	E	+	-	+	+	G. J. K. fistül	-	-	-	-

BULGULAR

Klinik ve laboratuvar bulgularının dağılımı aşağıdaki gibidir :

- Belirgin kanama (Hematemesis veya melena) : 15 hastada (% 50).
- Şiddetli ve medikal tedaviye cevap vermeyen ağrı : 23 hastada (% 77).
- Belirtilerin meydana çıkış zamanı (İlk ameliyattan sonra) : En erken 15 gün (bir hastada) ve en geç 7 yıl (iki hastada).
- Gastrojejunokolik fistül (Şiddetli ishal) : İki hastada (% 6.66).
- Radyolojik olarak niş veya stoma darlığı : Sekiz hastada (% 26.66).
- Endoskopide ülserin görülmesi : Dokuz hastada (% 30).
- Hiperasidite : Altı hastada (% 20).

İlk yapılan ameliyatlar şöyledir : 19 hastada mide rezeksiyonu (% 63.33), on hastada trunkal vagotomi (% 33.33) ve bir hastada gastrojejunostomi (% 3.33).

Dah önce yapılmış olan rezeksiyon, vagotomi ve drenajların şekli tablo II de verilmiştir.

Tablo II. Stoma ülseri olgularında yapılmış olan ilk cerrahi girişimler

	Olgu sayısı	Olgu numarası
Trun. vag. ve retrokol. gastrojejunos.	4 (% 13.33)	1,19,22,29
Trun. vag. ve antekol. gastrojejunos.	8 (% 26.66)	10,12,15,18,27,28,30
Trun. vag. ve gastroduodenos.	1 (% 3.33)	13.
1/3 mide reze. (antrektomi) ve retro-kolik gastrojejunos.	3 (% 10)	7,16,24
2/3 mide reze. ve retro. gastrojejunos.	6 (% 20)	5,6,9,17,20,21
2/3 mide reze. ve anteko. Braun anasto. gastrojejunos.	9 (% 30)	2,3,4,8,11,14,23,25,26

Ameliyat bulguları ve uygulanan cerrahi tedavi : Stoma ülserinin tedavisi için kliniğimizde çeşitli rezeksiyonlar ve vagotomi yapılmıştır. Bunların şekli ve stoma ülserine yol açan ameliyat bulguları tablo III ve IV de verilmiştir.

Tablo III. Kliniğimizde tedavi gören 30 stoma ülseri olgusunda ameliyat bulguları :

	Olgu sayısı	Olgu numarası
Vagatomi yapılmamış	7 (% 23.33)	4,6,8,10,11,23,25
Yetersiz vagotomi	5 (% 16.66)	1,13 (ve uzun getirici ans). 19,27,28.
Büyük mide şumpfu	5 (% 16.66)	3,5,9,14,15
Antrum bakiyesi	6 (% 20)	7,16,17,21,22,29.
Anastomoz darlığı	1 (% 3.33)	26
Gastrojejunokolik fistül	1 (% 3.33)	30
Pankreas adenomu	1 (% 3.33)	2
Ameliyat olmayan olgular	4 (% 13.33)	12,18,20,24

Tablo IV : Ştoma ülserlerinde kliniğimizde yapılmış olan cerrahi girişimler :

	Olgu sayısı	Olgu numarası
a) Trun. vago	8 (% 26.66)	4,5,6,8,11,13,25,28
b) Trun. vago. ve mide rezek.	11 (% 36.66)	3,7,9,10,15,16,19,21, 22,23,27,
c) Billroth II rezek.	4 (% 13.33)	14,47,29,30.
d) Total gastrek. özofagojejunos. pankreas adenomu eksiz.	1 (% 3.33)	2.
e) Roux-en-y anas. rezek.	1 (% 3.33)	26.
f) Proksimal kolostomi (gastrojejunokolik fistül)	1 (% 3.33)	1.

TARTIŞMA

Stoma ülseri nadir görülmeyen ve ağır bir komplikasyondur. Radyolojik inceleme genellikle bulgu vermediğinden ve endoskopi ile ülser her zaman görülemediğinden tekrarlayıcı kanama olmadıkça stoma ülserinin teşhisi zordur. Bunun için bu komplikasyonun nadir olduğu zannedilmektedir.

Son iki yıl içinde kliniğimizde 421 peptik ülserli hasta yatmış ve bunların arasında stoma ülserinin % 4.5 sıklığında olduğu tesbit edilmiştir. Bu sayı bir hayli yüksektir. Stoma ülseri insidansının yüksekliği bundan önce yine kliniğimiz tarafından yapılan bir yayınlada doğrulanır (11). Şöyle ki 1962 - 1972 yılları arasında o zamanki yatak kapasitesi şimdiki 1/3'ü olan I. Cerrahi Kliniğinde 15 stoma ülseri tesbit edilmiştir (Eğer şimdiki yatak sayısına göre hesaplarsak bu sayının 45'i bulması gerekirdi).

Önemli olan stoma ülserinin peptik ülser için yapılan ameliyatlardan sonraki sıklığıdır. Bunun «Ulcus duodeni» sebebiyle yapılan rezeksiyonlardan sonra % 3 ve vagotomilerden sonra ise % 0.5 civarında olduğu bildirilmiştir (6). Biz ülserden ameliyat ettiğimiz hastalarda böyle bir araştırma yapmadığımızdan kliniğimize özgü bir insidansı veremeyeceğiz. Ancak dizimizde vagotomiden sonra stoma ülserinin rezeksiyonlara göre daha az olduğu görülmektedir. Bu bakımdan bulgularımız literatürdekine benzerlik gösterir.

Kliniğimizde kanser için yapılan mide rezeksiyonlarından sonra stoma ülserine rastlanamadı. Halbuki duodenopankreatektomilerden (Whipple ameliyatından) sonra stoma ülseri görülebilmektedir (4). Dolayısıyla eğer bir yanılığın değilse kanser için yapılan rezeksiyonlardan sonra stoma ülseri görülmeyişinin veya bu komplikasyonun nadir oluşunun üzerinde durmak gerekir.

Stoma ülserinin ilk ameliyattan sonra oluşma zamanı çok farklıdır. Eğer şikâyetlerin başlaması ülserin teşekkülüne rastlıyorsa bunun en erken 15 gün sonra ortaya çıktığını görmekteyiz. Fakat genellikle aylar ister. Ancak Zollinger-Ellison sendromunda ülserin erken bir zamanda oluşması kaidedendir (10).

Ağrı eski ülserin ağrılarına benzemez ve daha şiddetlidir (9). Genellikle tedaviden istifade etmez. Tanıya yardımcı olan belirti gastrointestinal kanamadır. Bu genellikle melena-hematemezis şeklinde olup hastaların % 60'ında görülür (4,6). Bizim dizimizde de yaklaşık olarak aynı oranda meydana çıkmıştır (% 50). Kanama bazı hastalarda sık sık tekrarlar. Öyle ki iki hastamızda dört ve bir hastamızda altı kez husule gelmiştir (Belirgin kanama göstermeyenlerin bir kısmında da dışkıda gizli kan bulunur). Kanama genellikle ağır olup stoma ülserlerindeki mortalitenin % 22'sinden sorumludur (4).

Bulantı ve kusma nadir olup genellikle tıkanmaya gidişte ve ancak hastaların % 45'inde görülür (6).

Gastrojejunokolik fistül komplikasyonu şiddetli ishal, zayıflama ve ağızdan pis koku gelmesiyle kendini belli eder. Ameliyattan çok geç olarak (ortalama 6 yılda) meydana çıkan bu komplikasyonun sıklığı % 5-24 arasındadır (6). Bizim dizimizde ise yaklaşık olarak bu oran % 7'dir. Delinme ise % 10 sıklığında görülür (6). Bu komplikasyon ancak bir hastamızda husule gelmiş (% 3.33) ve' bunda aynı zamanda gastrojejunokolik fistül olduğu tesbit edilmiştir.

Stoma ülseri bir komplikasyon olduğundan profilaksisi büyük bir önem taşır. Dolayısıyla ilk ameliyatın gereği gibi yapılması ve peptik ülserlerin mide dışındaki sebeplerinin de araştırılması gerekir. Peptik ülserlerin % 1 oranında gastrinömadan ileri geldiği (10) ve paratiroid adenomlarının da gastrik hipersekresyonla ülser yaptığı (1,8) göz önünde bulundurulursa nüks durumunda mutlaka bu yönde inceleme yapmanın gerektiği anlaşılr. Nitekim bir hastamızda sebebin gastrinoma olduğu tesbit edilmiştir.

İlk ameliyatta rezeksiyonun yeterince geniş olması, antrumdan parça bırakılmaması ve getirici kangalın çok uzun alınmaması gerekir. Öte yandan drenajın midede staza yol açmayacak şekilde olması şarttır. Her ne kadar Billroth I tipi rezeksiyonun Billroth II'den daha avanatjlı olduğu ileri sürülmüşse de bunların arasındaki fark inandırıcı olamamıştır. Aynı şey antekolik ve retrokolik anastomozlar için de söylenir.

Vagotominin çok sabırla ve incelikle yapılması şarttır. Öte yandan özellikle nüks söz konusu ise pankreasın gözden geçirilmesi gerekir.

Tanıda radyografinin o derece önemi yoktur. Öte yandan gastroskopi ile de her zaman ülser görülmeyebilir. Dolayısıyla tanıda en önemli rehber kanama ya da tedaviye direnen ve şiddetli olan öteki klinik belirtilerdir. Eğer bunlara dayanarak laparotomi yapılırsa stoma ülserinin tesbit edilenlerden daha çok olduğu görülecektir.

Dizimizde ilk ameliyatla ilgili olan nüksün sebeplerinin uzun uzadıya araştırılmasına gerek görülmedi. Çünkü laparotomiye gidilecekti. En tecrübeli ellerde bile vagotominin % 10-12 arasında kusurlu yapıldığı göz önünde tutulursa (2,5,7,12) elektrikle stimülasyon (7) veya Hollander testinin yapılması icabederdi. Ancak bunlar hastaya tüb yutturulmasını gerektirdiği ve kompleks olduklar için uygulanmadı. Tüb yutturulmadan ve Kongo kırmızısı ile yapılan testler varsa da ancak bunlar hayvanlarda deney için kullanılabilmektedir (3). Dolayısıyla araştırmanın ameliyatta yapılması tercih edildi.

Stoma ülseri için laparotomi yapıldığında rezeke edilen mide stumpfunun büyüklüğünün değerlendirilmesi güçtür. Çünkü güdük zamanla kompensasyon için genişleyebilir. Öte yandan antrumdan parça kaldığını iddia edebilmek için biyopsi yapmak gerekir.

Her stoma ülseri durumunda pankreasta adenom araştırılması şarttır.

Vagus liflerinin yoklanması son derece önemlidir. Bunun için midenin, mide-kolon bağından girilerek aşağı çekilmesi gerekir (Öteki elin işaret parmağıyla vagus lifleri gerilmiş keman teli gibi palpe edilir).

Cerrahi işlem durumua göre değişir. Fakat en iyisinin vagotomi (ya da vagotominin tamamlanması) ile birlikte yeniden rezeksiyon veya antrektomi olduğu kanaatındayız.

ÖZET

İki yıl içinde kliniğe gelen 30 stoma ülseri olgusu üzerinde retrospektif bir değerlendirme yapılmış ve bu komplikasyonun tesbit edilenden daha çok olacağı kanaatine varılmıştır.

Radyolojik incelemenin tanıda değeri azdır. Endoskopi de her zaman ülseri gösteremeyeceğinden başta kanama olmak üzere klinik belirtilere dayanılarak teşhis konulur.

Stoma ülseri nadir olmayan, ağır ve mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. Bunun tedavisinden ziyade profilaksisinin üzerinde durmak ve özellikle vagotomi ameliyatında çok sabırlı ve dikkatli olmak gerekir.

SUMMARY

STOMAL ULCERS

A retrospective study on thirty stomal ulcer cases admitted to the Surgical Department, University of Ankara for the past two years (1978-1979) gives the impression that these cases are in fact much more than previously reported.

Radiological investigations still prove to be inadequate in the diagnosis. Endoscopy may be an unreliable method of investigation for most instances. Therefore clinical signs and symptoms, namely bleeding remains to be the best criterion for the diagnosis.

Stomal ulceration is a complication which is not all that rare, with a high morbidity and mortality rate. It is our belief that the best method of dealing with such an entity is its prophylaxis rather than its treatment. Surgeons must be particularly patient and meticulous during vagotomy procedures.

KAYNAKLAR

1. Black BM : Primary Hyperparathyroidism and Peptic Ulcer, Surg Clin North Amer 51 : 955, 1971
2. Dragstedt LR, ve ark : Transabdominal Gastric Vagotomy. A Study of the Anatomy and Surgery of the Vagus Nerves at the Lower Portion of the Oesophagus, Surg Gyn Obst 85 : 461, 1974
3. Ertaşkın M : Araşidonik Asidin Akut Ülserlere Etkisi ve Kongo Kırmızısı Testi (CRT) ile Vagotominin Kontrolü, Üniv. Doç. Tezi Gül Ask Tıp Akad 1978, s. 6-7
4. Grant CS, Van Heerden JA : Anastomotic Ulceration Following Subtotal and Total Pancreatectomy, Ann Surg 190 : 2, 1979
5. Grossman M : Some Minor Heresies about Vagotomy, Gastroenterology 67 : 1016, 1974
6. Johnston DP, Ferris DO : Diagnosis of Stomal Ulceration, Surg Clin North Amer 51 : 871, 1971

7. Lythgoe JP : Comparison of the Insulin and Electrical Stimulation Tests for Completeness of Vagotomy, Brit Med J 1 : 1196, 1961
8. Myers RT, Bhatti A : Peptic Ulcer and Parathyroid, Ann Surg 171 : 647, 1970
9. Ross JR : Postgastrectomy Syndromes and Their Management, Surg Clin North Amer 51 : 615, 1971
10. Stremple JF : Gastrinomas Gastrin-Producing Tumors, Surg Clin North Amer 55 : 303, 1975
11. Tathcioğlu E, Yaycioğlu A : Marginal Ülser Problemi Önleme Çareleri ve Cerrahi Tedavisi, AÜ Tıp Fak Mec 6 : 95, 1973
12. Walters W ve ark : Anatomic Distribution of the Vagus Nerve at the Lower End of the Oesophagus : Refalation to Gastric Neurectomy for Ulcer, Arch Surg 55 : 400, 1947