

PEPTİK ÜLSERLER NEDENİYLE GASTREKTOMİ

Mehmet Eşref ULUTAŞ¹

ENDİKASYON

Peptik ülserin komplikasyonları olan kanama, perforasyon ve mide çıkış obstrüksiyonu gibi durumlarda eğer minimal invaziv yöntemler ve/veya cerrahi yöntemler etkili olmadıysa bu hastalarda kısmi gastrektomi (antrektomi) veya subtotal gastrektomi endike olabilir. Ayrıca ülser zemininde gelişen malignite şüphesi varsa yine gastrektomi endikasyonu vardır. (1,2)

AMELİYAT HAZIRLIĞI

Sağlıklı olsa dahi ameliyat edilecek hastaların preoperatif değerlendirilmesinde amaç, ameliyat riskini artırabilecek, bilinmeyen hastalık ve risk faktörlerini tespit etmek ve bunu azaltacak stratejiler geliştirmektedir.

Gastrektomi öncesindeki preoperatif değerlendirmede, eşlik eden hastalıklar, yaş, boy, kilo, efor kapasitesi gibi bilgiler mutlaka sorgulanmalıdır. Yaşın ve obezitenin kardiyak ve pulmoner riski artırdığını bildiren birçok çalışma vardır. (3-6)

Klinisyenler ameliyattan önce tüm hastaların ilaç kullanım öyküsünü öğrenmelidir. Aspirin, ibuprofen ve diğer non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar (NSAID), perioperatif kanama riskinin artmasıyla ilişkilidir. (7) Bunun dışında alkol, si-

gara gibi kötü alışkanlıklar da sorgulanmalıdır.

Tüm bunlardan sonra preoperatif değerlendirilmede bakılacak laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerine geçilmelidir. Preoperatif rutin istenilen tetkiklerdense hastalara göre seçici bir yaklaşım daha doğrudur. Bu laboratuvar tetkikleri arasında tam kan sayımı, elektrolitler, böbrek fonksiyon testleri, kan şekeri, karaciğer fonksiyon testleri, kanama parametreleri ve idrar tahlili sayılabilir. (8)

Alınan anamnez ve yapılan fizik muayene sonucunda bilinen veya şüphelenilen bir kardiyopulmoner hastalık durumu yoksa rutin olarak akciğer grafisi ve elektrokardiyogramın (EKG) kullanımına gerek yoktur. (9,10)

Preoperatif antibiyotik profilaksisi mutlaka uygulanmalıdır. (Sefazolin) Ek olarak, potansiyel kolon hasarı riski daha yüksek olan veya kolektomi gerekebilecek hastalar, kolonik floraya karşı ek antibiyotik profilaksisi (metronidazol) de alınmalıdır. Peritonit halinin geliştiği hastalarda sadece profilaktik değil terapötik olarak antibiyotik kullanımına geçilir. Bu durumlarda spektrum daha da genişletilerek anaeroplara da kapsayan rejimler kullanılır (sefazolin, ampicilin, sülbaktam + metronidazol gibi). (11)

¹ Uzm. Dr., Derecik Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, esref_ulutas@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9206-4348

gastrit için çeşitli tıbbi tedaviler rapor edilmiştir, ancak hiçbirinin özellikle etkili olduğu kanıtlanmamıştır. Medikal tedavinin fayda etmediği durumlarda cerrahi tedavi düşünülebilir. Yeniden ameliyat prosedürü hastanın mevcut anatomisine ve kalan mide miktarına göre seçilmelidir. (26)

Roux staz sendromu: Roux staz sendromunun, Roux ansının düzensiz hareketliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Roux staz sendromunun tıbbi tedavisi metoklopramid ve eritromisin gibi prokinetik ajanlardan oluşur. Tıbbi tedavi başarısız olduğunda cerrahi tedavi, mevcut Roux ansının rezeksiyonu ve bunun yeni bir Roux-en-Y rekonstrüksiyonu ile değiştirilmesinden oluşur. (29)

Peptik ülser: Subtotal gastrektomiye takiben kalan rezidü mide ülser veya kanser gelişimine karşı hassastır. Gastrektomi sonrası hastalarda, mide antrumunun korunması ve yetersiz vagotomi yapılmış olması, tekrarlayan peptik ülselerin iki ana cerrahi nedenidir.

Gastrektomi sonrası peptik ülser nedeniyle başvuran hastaların tıbbi nedenleri gözden geçirmek için iyi bir değerlendirmeye ihtiyaçları vardır. Bunlar arasında ilaçlar (örneğin, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar), H. pylori enfeksiyonu, Zollinger-Ellison sendromu ve remnant mide kanseri gibi nedenler sayılabilir. (30)

Remnant Kanser: Daha önce benign nedenlerle subtotal gastrektomi geçirmiş olan hastalarda mide kanseri gelişme riski daha yüksektir. Bu remnant ve anastomoz karsinomları genellikle gastrojejunal anastomozu yakın rezidü mide dokusunda ortaya çıkar. Kronik inflamasyona yol açan safra ve pankreas salgılarının kronik reflüsünün bunda rol oynadığı düşünülmektedir. (31)

KAYNAKLAR

- Lickstein LH, Matthews JB. Elective surgical management of peptic ulcer disease. *Probl General Surgery* 1997; 14:37.
- Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg* 2020; 15:3.
- Oresanya LB, Lyons WL, Finlayson E. Preoperative assessment of the older patient: a narrative review. *JAMA* 2014; 311:2110.
- Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100:1043.
- Yap CH, Zimmet A, Mohajeri M, Yii M. Effect of obesity on early morbidity and mortality following cardiac surgery. *Heart Lung Circ* 2007; 16:31.
- Reilly DF, McNeely MJ, Doerner D, et al. Self-reported exercise tolerance and the risk of serious perioperative complications. *Arch Intern Med* 1999; 159:2185.
- Spell NO 3rd. Stopping and restarting medications in the perioperative period. *Med Clin North Am* 2001; 85:1117.
- Rusk MH. Avoiding Unnecessary Preoperative Testing. *Med Clin North Am* 2016; 100:1003.
- Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2014; 130:2215.
- García-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, López-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003; 362:1749.
- Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surg Infect (Larchmt)* 2013; 14:73.
- Gould MK, Garcia DA, Wren SM, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141:e227S.
- Kavitt RT, Lipowska AM, Anyane-Yebo A, Gralnek IM. Peptik Ülser Hastalığının Tanı ve Tedavisi. *Am J Med* 2019; 132:447.
- Skandalakis, J. E., Skandalakis, P. N., & Skandalakis, L. J. (2000). Surgical anatomy and technique. *CHIRURG*, 71(8), 954-971.
- Rosen, M. J., & Ponsky, J. R. (Eds.). (2010). *Atlas of Surgical Techniques for the Upper Gastrointestinal Tract and Small Bowel*. Elsevier Health Sciences.
- Sigmon DF, Lopez PP. Gastrojejunostomy. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 32809328.
- Piessen, G., Triboulet, J. P., & Mariette, C. (2010). Reconstruction after gastrectomy: which technique is best?. *Journal of visceral surgery*, 147(5), e273-e283.
- An JY, Cho I, Choi YY, Kim YM, Noh SH. Totally laparoscopic Roux-en-Y gastrojejunostomy after laparoscopic distal gastrectomy: analysis of initial 50 consecutive cases of single surgeon in comparison with totally laparoscopic Billroth I reconstruction. *Yonsei Med J*. 2014 Jan;55(1):162-9. doi: 10.3349/ymj.2014.55.1.162. PMID: 24339302; PMCID: PMC3874926.

19. Ablassmaier B, Gellert K, Tanzella U, Müller JM. Laparoscopic Billroth-II gastrectomy. *J Laparoendosc Surg*. 1996 Oct;6(5):319-24. doi: 10.1089/lps.1996.6.319. PMID: 8897242.
20. Gastrectomy with roux-en-y reconstruction. Hunter J.G., & Spight D.H., & Sandone C, & Fairman J.E.(Eds.), (2018). *Atlas of Minimally Invasive Surgical Operations*. McGraw Hill. <https://accesssurgery.mhmedical.com/content.aspx?>
21. Beyer K. *Surgery Matters: Progress in Surgical Management of Gastric Cancer*. *Curr Treat Options Oncol* 2023; 24:108.
22. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Br J Surg* 2014; 101:1209.
23. Ireland P, Jaunoo S. Feeding jejunostomy in upper gastrointestinal resections: a UK-wide survey. *Ann R Coll Surg Engl* 2020; 102:697.
24. Woodfield CA, Levine MS. The postoperative stomach. *Eur J Radiol* 2005; 53:341.
25. TOTTEN HP, JENSEN AL. Complications following subtotal gastrectomy. *Calif Med* 1956; 84:162.
26. Bolton JS, Conway WC 2nd. Postgastrectomy syndromes. *Surg Clin North Am* 2011; 91:1105.
27. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Postgastrectomy syndromes. *Probl General Surgery* 1997; 14:132.
28. Vecht J, Gielkens HA, Frölich M, et al. Vasoactive substances in early dumping syndrome: effects of dumping provocation with and without octreotide. *Eur J Clin Invest* 1997; 27:680.
29. Miedema BW, Kelly KA, Camilleri M, et al. Human gastric and jejunal transit and motility after Roux gastrojejunostomy. *Gastroenterology* 1992; 103:1133.
30. Turnage RH, Sarosi G, Cryer B, et al. Evaluation and management of patients with recurrent peptic ulcer disease after acid-reducing operations: a systematic review. *J Gastrointest Surg* 2003; 7:606.
31. HELSINGEN N, HILLESTAD L. Cancer development in the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer. *Ann Surg* 1956; 143:173.