

PEPTİK ÜLSER PERFORASYONU NEDENİYLE YAPILAN OPERASYONDA DREN KULLANIMININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Nurullah BÜLBÜLLER Mustafa GİRGIN Cüneyt KIRKIL Özkan GÖĞEBAKAN
Mehmet Emin MENGÜCÜK Mehmet SARAÇ

Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ – TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 21.12.2005 Kabul Tarihi: 27.12.2005

ÖZET

Gastro-duodenal perforasyonlar cerrahi tedavinin uygulandığı önemli hastalık gruplarından birisidir. Cerrahi tedavi ile birlikte abdominal drenlerin rutin olarak koyulup koyulmaması fikri de merkezden merkeze farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada perfore peptik ülserin primer tamir ve omental kapatılmasının ardından abdominal drenajın etkinliğini ve güvenilirliğini ortaya koymak amaçlandı. Farklı 2 operasyon tekniği kullanılan 133 hasta çalışmaya alındı. Dren konulan 74 olgu ile dren konulmayan 59 olgu retrospektif olarak incelendi. Her iki grup, yaş, analjezik, ilaç kullanımı, mide koruyucu ilaç kullanımı, ülser tipi, mortalite, komplikasyon ve ameliyat tipi açısından karşılaştırıldı. Drensiz 59 hastanın 47'si erkek ve 12'si kadın olup ortalama yaş 51 ± 0.18 yıl, yatış süresi $7,1 \pm 0.4$ gün, operasyon süresi $64 \pm 0,25$ dakika idi. Drenli 74 hastanın 55'i erkek, 19'u kadın olup ortalama yaş 55 ± 0.18 yıl, yatış süresi 9 ± 0.6 gün, operasyon süresi 82 ± 0.41 dakika idi. Her iki grup ameliyat tipi, komplikasyon gelişimi, ülser öyküsü, analjezik ilaç kullanımı, mide koruyucu ilaç kullanımı, ülser tipi, mortalite oranı ve yaş açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0.05$). Her iki grup operasyon süresi ve hastanede kalış süresi açısından karşılaştırıldığında drenli grupta operasyon süresi ve hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu tesbit edildi ve fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Perfore peptik ülser tedavisinde operasyondan sonra geniş abse kavitesi ve ileri kirlilik oranı bulunmadıkça dren kullanımının gereksiz olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Peptik ülser Perforasyonu, Drenaj.

ABSTRACT

Retrospective Evaluation of Using Drainage in Surgical Treatment For Perforated Peptic Ulcer

Gastroduodenal perforations are one of the important disease groups that were treated by surgical operations. There are disparities between the institutes about replacing drain or not during the surgical operations of perforated peptic ulcer. This study's aim is to establish the safety and efficiency of replacing abdominal drain after primary repairment of perforated peptic ulcer and closing the omentum. Two different operation methods were used in 133 patients. 74 patients with drainage and 59 patients without drainage were examined retrospectively. Ages, analgesic drugs and gastroprotective drugs administrations, ulcer types, mortalities, complications, operation types were compared between two groups. 59 patients without drainage, 47 men, 12 women were $51 \pm 0,18$ years old, stayed in hospital for $7,1 \pm 0,4$ days and their operation period was $64 \pm 0,25$ minutes. 74 patients with drainage 54 men 19 women were $55 \pm 0,18$ years old, stayed in hospital for $9 \pm 0,6$ days and their operation period was $82 \pm 0,41$ minutes. Complications, anamnesis of ulcer administrations of analgesic and gastroprotective drugs, types of ulcer, mortality ratios, and ages were reported. And there wasn't any statistical significant differences between the two groups ($p > 0.05$). But significant statistical differences were found, drained patients staying period in hospital and operation period were longer than the other group ($p < 0.05$). We thought that if there weren't large abscess cavity and severe laundry ratio, using drainage was unnecessary.

Key Words: Perforated peptic ulcer, Drainage.

GİRİŞ

Peptik ülser (PÜ) perforasyonları cerrahi aciller içerisinde oldukça sık rastlanan bir hastalık grubudur. PÜ perforasyonlu hastaların ölüm sebebi, peptik ülser hastalığının etyolojik faktörlerine ve hastalığın tedavisi ile bire bir ilişkilidir. PÜ perforasyonlarının tedavisi halen büyük oranda cerrahidir. Bugün için en çok tercih edilen teknik, basit kapama ve omental tıkaç yöntemidir. Operasyon sonrası drenlerin konulması ile ilgili farklı görüşler ileri sürülmektedir. Cerrahi tedavi sırasında rutin olarak Morrison poşu ile pelvise veya sadece Morrison'a dren koyulması

gerekliliği ise halen tartışmalı yaklaşımlardan birisidir (1). PÜ perforasyonu sebebi ile opere olan hastalara konulan drenler 24 saat sonra görülen etkinliklerinin yanısıra batın içi kontaminasyona ve hastaların hastanede kalış sürelerinin uzamasına neden olabilmektedir (1, 2). Ameliyat edilmekten kaçınılan çok yüksek riske sahip hastalarda perkütan abdominal drenaj uygulaması tedavi seçeneklerinden birisidir (3).

Birçok tedavi ajanlarına rağmen PÜ perforasyonu nedeni ile opere olan hastalarda komplikasyon

oranlarında belirgin düşme olmamıştır. Buna bağlı olarak PÜ perforasyonu nedeni ile yapılan ameliyatlar acil cerrahi operasyonların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kullanılan cerrahi yöntem üzerinde halen tartışmalar olsa da hastaların çoğunda operasyon anında peritonit oluşmuştur. Mortalite ve morbiditenin artmasına neden olan peritonit tedavi gecikmesi ile daha ağır seyretmektedir (4, 8). Ülser perforasyonuna yönelik operasyonlardan sonra karın içi temizliğinin sağlanması kabul gören yöntemdir. Daha sonraki aşamada ise dren yerleştirilmesi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada peptik ülser perforasyonunun basit kapama ve omental tıkaç yöntemi ile tamirinden sonra konulan drenlerin etkinliği retrospektif olarak incelenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 1994-2005 tarihleri arasında PÜ perforasyonu nedeni ile ameliyat edilen ve hastalık grubu için özel olarak hazırlanmış formlara ilgili tüm bilgileri kaydedilen 133 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Dren konulan gruptaki 74 hastanın 55'i erkek ve 19'u kadın olup olguların yaş ortalaması (20-95) 55 ± 0.18 idi. Dren konulmayan 59 hastanın 47'si erkek ve 12'si kadın olup olguların yaş ortalaması (18-92) 51 ± 0.18 idi. Hastalar ülser hikayesi, analjezik kullanımı, ülser koruyucu ilaç kullanımı, ülserin tipi, ameliyat tipi, mortalite ve dren kullanımına göre değerlendirildi. PÜ perforasyonu nedeniyle ameliyatlar farklı cerrahi ekipler tarafından gerçekleştirildi. Olgulara dren konulup konulmaması kararı belli kriterler göz önüne alınarak verilmemiş olup nöbet tutan uzman hekimin tercihi buda etkili olmuştur. Operasyon bitiminde 74 hastaya en az 1 foley dren yerleştirildi. Tüm olgulara preoperatif dönemde başlanan uygun antibiyotiğe, ameliyat sonrasında en az 5 gün devam edildi.

Dren kullanılan ve kullanılmayan olgular yaş, operasyon süresi ve yatış süresi açısından One-Way ANOVA yöntemi ile %95 güven aralığında karşılaştırıldı. Analjezi kullanımı, mide koruyucu ilaç kullanımı, ülser tipi, ameliyat tipi ve mortalite

açısından Mann-Whitney U Testi ile SPSS yazılımı kullanılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 74 olguya dren konulurken, 59 olguya dren konulmamıştı. Tüm olgularda PÜ perforasyonu tanısı hastaların öyküsüne, muayene ve radyolojik incelemeleri sonuçlarına göre konulmuştu. Akut ülser, 3 aydan kısa süreli ve kronik ülser ise 3 aydan daha fazla ülser öyküsü varlığında tanımlanmıştı. Drensiz hastaların %6,7'de ülser öyküsü yokken, %74,5'de akut ülser, %18,6'da kronik ülser öyküsü saptandı. Drenli hastaların %2,7'de öykü yokken, %71,6'da akut ülser ve %25,6'da kronik ülser öyküsü mevcuttu. Dren konulmayan hastaların %67,7'sinde herhangi bir analjezik kullanım öyküsü yokken, %32,2'sinde analjezik kullanım öyküsü mevcuttu. Yine bu hastaların %69,4'ü mide koruyucu herhangi bir ilaç kullanmazken, %30,5'inde mide koruyucu ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. Dren konulan hastaların %67,5'i analjezik kullanım öyküsü verirken, %32,4'ünde herhangi bir analjezik kullanım öyküsü mevcut değildi. Yine bu hastaların %70,2'si herhangi bir mide koruyucu ilaç kullanmazken, %29,7'sinde mide koruyucu ilaç kullanım öyküsü mevcuttu (Tablo 1). Operasyonun tipi farklı cerrahlar tarafından ve uzman hekimin tercihi ile belirlenmişti. Dren konulmayan 59 Olgunun 37 (%62,7)'sine Graham usulü primer tamir, 22 (%37,8)'sine Modifiye Graham usulü primer tamir yöntemi kullanılmıştır. Dren konulan 74 Olgunun 36 (%48,6)'sına Graham usulü primer tamir ve 38 (%51,3)'üne Modifiye Graham usulü primer tamir yöntemi kullanılmıştır. Hastalar operasyon sonrası ülser tipi açısından değerlendirildiğinde drensiz olguların 15 (%25,4)'ünde gastrik ülser, 41 (%69,4)'ünde duodenal ülser ve 3 (%5,08)'ünde marjinal ülser tipi mevcuttu. Dren konulan hastaların 24 (%32,4)'ünde gastrik ülser, 45 (%60,8)'ünde duodenal ülser ve 5 (%6,7)'inde marjinal ülser mevcuttu (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, akut veya kronik oluşuna göre ülser tipleri, analjezik ve mide koruyucu tedavi kullanım öyküleri.

	Ortalama yaş	Ülser öyküsü			Cinsiyet E / K	Analjezi kul. Var/yok (%)	Mide Kor. Var/Yok (%)
		Öy (-) (%)	Ak (%)	Kr (%)			
Drenli	55 ± 0.18	2,7	71,6	25,6	55 / 19	67,5 / 32,4	29,7 / 70,2
Drensiz	51 ± 0.18	6,7	74,5	18,6	47 / 12	32,2 / 67,7	30,5 / 69,4
p	*	*	*	*	*	*	*

(*): $p > 0,05$

Tablo 2. Dren kullanılan ve kullanılmayan hastalardaki yerleşim yerine göre ülserasyon tipi, operasyon tipi ve süresi, komplikasyon ve mortalite oranları ile hastanede kalış süreleri

	Ülserasyon tipi			Op.Tipi		op.süre (dak)	Komp (%) var/yok	mort (%) var/yok	Has.Y. Süresi (gün)
	Gast (%)	Duod (%)	Marj (%)	GP (%)	MGP (%)				
Drenli	32,4	60,8	6,7	48,6	51,3	82±0,4	77,02/22,9	8,1/91,8	9±0,6
Drensiz	25,4	69,4	5,08	62,7	37,8	64±0,2	86,4/13,5	1,6/98,3	7,1±0,4
p	*	*	*	*	*	**	*	*	**

(*) : p>0.05

(**) : p<0.05

TARTIŞMA

Drenaj, postoperatif dönemde abdominal kavitede birikebilecek zararlı maddelerin boşaltılması amacıyla çok eskiden beri uygulanan bir tekniktir. Ancak son zamanlarda bu konuda farklı görüşler ileri sürülmüştür. Karın boşluğunun tüp drenler yardımı ile drene edilmesi en eski metoddur (9). Ancak bunların etkisinin minimal olduğu da bilinmektedir. Çünkü tüp drenler, fibrinin lümende birikmesi sonucu çabucak tıkanır ve iş göremez hale gelirler (10, 11). Ayrıca periton içine yerleştirilen drenler organ veya damar duvarında erozyona neden olarak fistül oluşumuna neden olup, kanama riskini artırırlar (12). Drenler organizmada yabancı cisim reaksiyonuna neden olarak nötrofil fonksiyonların bozulmasına ve enfeksiyon riskinin artmasına neden olurlar (13).

Günümüzde cerrahi uygulamalarda drenler sıklıkla kullanılmakta olup, deneysel modellerde dren kullanımının yararı gösterilmemiştir. Dren kullanım endikasyonları halen belirsiz ve tartışmalıdır. Son zamanlarda değişik operasyonlardan sonra dren kullanım endikasyonları sorgulanmaya başlanmıştır. Drenler genel anlamda profilaktik, yani haber verme ve olası kolleksiyonları drene etmek amacıyla; diffüz peritonitte veya lokalize sıvı kolleksiyonlar ve abselerin varlığında drenaj veya yıkama amacıyla kullanılmaktadır.

1905'de Yates tarafından periton boşluğunun tamamının drenajının mümkün olmadığı bildirilmiştir ve bu görüş halen geçerliliğini korumaktadır. Drenler sıklıkla profilaktik olarak kullanılır. Ancak yapılan çalışmalarda profilaktik dren kullanımı destek bulmamaktadır. Yapılan çalışmalar drenlerin operasyondan sonra var olan kolleksiyonları drene etmekle birlikte operasyondan saatler sonra omentum tarafından drenin etrafının sarılması nedeniyle bu işlevin ortadan kalktığını göstermektedir (10, 11). Profilaktik yerleştirilen bir çok abdominal drenin iki yönlü çalışıp bakteriyel kontaminasyona neden olması ve sınırlı bir abdominal kaviteyi drene etmesi önemli bir dezavantajdır (14, 15).

Dren uçlarında alınan kültürlerde derinin kalıcı florasına ait bakterilerin üremesi ve aynı bakterilerin kanda gösterilmesi bu görüşü desteklemektedir. Pai D ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dren konulan hastaların %55'inde dren kültüründe ve intraabdominal sıvıda üreyen bakterinin cilt florası ile aynı olduğunu tesbit etmişlerdir. Etkilenen dokuların dren tarafından erozyonu ile perforasyonlar oluşmaktadır. Bu şekilde bildirilen kolonik perforasyonlar mortal seyretmektedir (16, 17, 1). İntraabdominal kolleksiyon ve abse olduğu halde drenlerden gelenin olmaması, hatta drenlerin abse oluşumunu önleme yerine katkıda bulunması dren kullanımının bir dezavantajdır (17,1).

Drenlerin özellikle kolonik anastomozlarda olmak üzere intraabdominal basıncı düşürmesi omentum ve çevre yapıların anastomozu sarmasını önlemektedir (19). Kolon rezeksiyonu ve anastomoz yapılan prospektif randomize çalışmalarda dren kullanılan grupta 2 olguda anastomoz kaçağı olmasına rağmen drenlerden sıvı yada gayta drenajı olmamıştır (20).

Bizim çalışmamızda dren konulan grup ve konulmayan grup, ülser öyküsü, yaş, analjezik kullanımı, ülser koruyucu ilaç kullanımı, komplikasyon, ülser tipi, yapılan operasyon tipi, operasyon süresi, hastanede kalış süresi ve mortalite açısından karşılaştırıldı. Dren kullanan grup ile kullanılmayan grup arasında yaş, analjezik kullanımı, mide koruyucu ilaç kullanımı, operasyon tipi, ülser tipi ve mortalite açısından istatistiksel anlamlılık tesbit edilmedi (p>0.05). Mortalite açısından istatistiksel anlamlılık olmamasına (p>0.05) rağmen mortalite sayısı dren kullanan hastalarda daha yüksek sayıda mevcuttu. Hastanede kalış süresi ve operasyon süresi dren kullanan hastalarda uzundu ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.05). Komplikasyon miktarı dren kullanan hastalarda daha yüksek bir oranda mevcuttu fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). Burada dren koyma endikasyonunun daha çok beklemiş ve intraabdominal kirliliğin yüksek olduğu vakalarda cerrahın tercihi doğrultusunda koyulmuş olması olası

komplikasyon oranını artırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Dren kullanılan vakalarda enfeksiyon oranının artması, fistül gelişimi gibi drenin kendisine ait faktörlerden kaynaklanabilecek ek morbiditelerin de gelişebileceği kanısındayız.

Pai D ve arkadaşlarının PÜ perforasyonlu hastalarda dren kullanımı ile kullanılmamasına bağlı olarak hastaların yara iyileşmesi ve yara yeri enfeksiyonları açısından bir fark olmadığını ve intraabdominal mayi yönünde hastalar arasında herhangi bir fark olmadığını tesbit etmişlerdir (1). Bunun aksine Agarma ve arkadaşları post-op 24 saat sonra intraabdominal mayinin dren ile boşaldığını göstermişlerdir (11). Sağar ve arkadaşları rektal rezeksiyon sonrası hastalarda sıvı drenajının dren ile yetersiz olarak boşaldığını göstermişlerdir (21).

Özdemir ve arkadaşları abse kavitesi olmadıkça PÜ perforasyonu primer onarım sonrası rutin peritoneal kavitenin drenajının gerekli olmadığını

bildirmektedir (22). Bizim çalışmamızda Özdemir ve arkadaşlarının görüşünü desteklemektedir, zira dren konulan hastalarda dren konulmayan hastalara göre komplikasyon oranı ve mortalite daha yüksek seyretmektedir, bunun dren kullanıma bağlı olarak operasyon süresini, hastanede kalış süresini uzatması ve drenin kendisine bağlı olarak bakteriyel kontaminasyonu ve dren vurması gibi olgulara bağlı olarak fistül gibi komplikasyonların artmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Sonuç olarak her iki grup arasındaki komplikasyon oranlarının istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, dren kullanan hastalarda komplikasyon oranlarının daha yüksek seyretmesinden dolayı, dren kullanımının intraabdominal apse ve ileri kirli vakalar dışında gerekli olmadığı kanısına vardık.

KAYNAKLAR

1. Pai D, Sharma A, Kanungo R, Jagdish S, Gupta A. Role of abdominal drains in perforated duodenal ulcer patients: A prospective controlled study. *Aust NZJ Surg* 1999; 69: 210-213.
2. Nogueira C, Silva AS, Santos JN, Silva AG et al. Perforated peptic ulcer; main factors of morbidity and mortality. *World J Surg* 2003; 27: 782-787.
3. Rahman MM, Al Mamun A, Hossain MD, Das MK. Peptic ulcer perforation: management of high-risk cases by percutaneous abdominal drainage. *Trop Doct* 2005; 35 (1): 30-31.
4. Bocy J, Wong J. Perforated duodenal ulcer. *World J Surg* 1987; 11: 319-324.
5. Boey J, Lee NW, Koo J, Lam PHM, Wong J, Ong GB. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers. *Ann Surg* 1974; 179: 628-633.
6. Boey J, Wong J, Ong GB. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. *Ann Surg* 1982; 195: 256-269.
7. Schein M, Gecelter G, Freinkel Z, Gerding H. APACHE II, emergency operations for perforated ulcers. *Am J Surg* 1990; 159: 309-313.
8. Koness RJ, Cutitar G, Burchard KW. Perforated peptic ulcer. *Am Surgeon* 1990; 56: 280-285.
9. Hosgood G. The history of surgical drainage. *J Am Vet Med Assoc*, 1990; 196:42-44.
10. Hanna EA: Efficiency of peritoneal drainage: *Surg Gynecol Obstet* 1970; 131: 983.
11. Agarma HM, Blackwood JM, Brown CS, Machiedo GW, Rush BF: Functional longevity of intraperitoneal drains. *Am J Surg* 1976; 132: 418-421.
12. Farthmann EH, Schoffel U. Principles and limitations of operative management of intraabdominal infections. *World J Surg* 1990; 14: 210-217.
13. Cerise EJ, Pierce WA, Diamond DL. Abdominal drains: Their role as a source of infection following splenectomy. *Ann Surg* 1970; 171: 764-769.
14. Nora PF, Vanecko RM, Bransfield JJ. Prophylactic abdominal drains. *Arch Surg* 1972; 105: 173-176.
15. Baker MS, Bocharde KA, Baker BH, Crall S. Sump tube drainage as a source of bacterial contamination. *Am j Surg* 1977; 133:617-618.
16. Benjamin PJ. Faeculent peritonitis: A complication of vacuum drainage. *Br J Surg* 1980; 67:453-454.
17. Ranson JHC. Safer intraperitoneal sump drainage. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 137: 841-842.
18. Scott JW. Suction drainage complication. *Br J Surg* 1981; 63: 825.
19. Berliner SD, Burson IC, Lear PE. Intraperitoneal drains in surgery of the colon. *Am J Surg* 1967; 113: 646-647.
20. Hoffman J, Hosein SAM, Jenson R. A prospective controlled study of prophylactic drainage after colonic anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1987; 0: 449.
21. Sagar PM, Hartley MN, Macfie J et al. Randomized trial of pelvic drainage after rectal resection. *Dis Colon Rectum* 1994; 38: 254-8
22. Abdullah Ö, Baykal A, Korkmaz A. Primer onarılan peptik ülser perforasyonu olgularında dren kullanımının analizi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1996; 12, 6: 435-438.