

# Proksimal Gastrik Vagotomide Nüks Ülser İnsidansı

Burçin KUTLAY \*  
Nusret KORUN \*\*  
İsmet TAŞDELEN \*\*\*  
Şakir TAVLI \*\*\*\*

## ÖZET

1977-1979 yılları arasında kliniğimizde duodenal ülser tanısı ile operasyona alınan 17 hastadan 9'una proksimal gastrik vagotomi (PGV), 8'ine PGV'ye ek olarak piloroplasti yapılmıştır. Yazımızda nüks ülser, pilor stenozu, kanama nedeni ile reoperasyona alınan 5 olgu incelenmiş ve literatür verileri ile tartışılmıştır.

## SUMMARY

### Incidence of Recurrent Ulcer in Proximal Gastric Vagotomy

17 cases of duodenal ulcer were operated in the years 1977-1979 to whom proximal gastric vagotomy (PGV) had been done to nine and PGV + pyloroplasty to the other eight. In this paper, 5 cases who were operated for recurrent ulcer, pyloric stenosis and bleeding are reviewed and discussed with the findings in the literature.

Duodenal ülser nedeni ile PGV ameliyatı ilk kez Griffith ve Harkins tarafından 1957 yılında köpeklerde denenmiş ve Amdrup, Jensen, Johnston ve Wilkinson tarafından da 1969 yılında insanlarda uygulanmıştır<sup>1.2.3</sup>. Başlangıçta duodenal ülser için en iyi ameliyat şekli olarak görülen PGV üzerinde giderek deneyimler artmış ve bugüne kadar çeşitli araştırmalar yapılarak sonuçları değerlendirilmiştir. Son yıllar-

\* Doç. Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi  
\*\* 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.  
\*\*\*\* Dr.; Uludağ Univ. Tıp Fak. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

da PGV uygulaması yapılan olgularda nüks etme konusunda çeşitli yayınlara rastlanmaktadır.

Bu çalışma daha önceki yıllarda PGV uyguladığımız ve gözlem altında bulduğumuz 17 olgumuzdaki nüks ülser ve ona bağlı bir komplikasyonun gelişip gelişmediğini araştırmak amacı ile yapılmıştır.

### GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde aynı teknik kullanılarak 9 olguya PGV, 8 olguya da PGV'ye ek olarak piloroplasti yapılmıştır. Olgularımızın PGV yapılan grubu 2 si kadın, 7 si erkekti. Yaş ortalaması 38.7 dir. PGV + piloroplasti yapılan grupta ise 2 kadın ve 6 erkek olgu toplanmıştır. Yaş ortalaması 41.2 dir (Tablo: I).

Tablo: I  
Olguların Yaş ve Cins Dağılımı

PGV			PGV + Piloroplasti		
Ortalama Yaş	Cins		Ortalama Yaş	Cins	
	Erkek	Kadın		Erkek	Kadın
38.7	7	2	41.2	6	2
TOPLAM	9			8	

İkinci kez operasyona alınan olgular aşağıda sunulmuştur:

A) PGV uygulanan grup:

- 1- B.C., 21 yaşında, erkek, Prot. No.: 46586
- 2- M.A., 61 yaşında, erkek, Prot. No.: 60119
- 3- B.Ö., 45 yaşında, erkek, Prot. No.: 60654
- 4- F.M., 24 yaşında, kadın, Prot. No.: 60893.

B) PGV + Piloroplasti uygulanan grup:

- 1- B.G., 28 yaşında, kadın, Prot. No.: 50971.

PGV yapılan grupta iki vak'a nüks ülser, bir vak'a duodenal ülser kanaması, bir vak'a da pilor stenozu nedeniyle operasyona alınmıştır. PGV'ye ek olarak piloroplasti yapılan grupta ise bir vak'a nüks ülser nedeni ile operasyona alınmıştır (Tablo: II). İkinci kez operasyona alınan olgulara subtotal gastrektomi ve Billroth II tip gastrojejunostomi yapılmıştır. Mortalitemiz yoktur.

Çalışmamızda nüks oranı PGV grubunda % 44.4, PGV + piloroplasti grubunda % 12.5 olarak görülmektedir. Toplam nüks insidansı % 29.4 olarak saptanmıştır.

**Tablo: II**  
**Olguların Reoperasyona Alınma Nedenleri ve**  
**Her İki Grupta Dağılımları**

	PGV Yapılan Grup	PGV + Piloroplasti yapılan grup
Nüks Ülser	2	1
Kanama	1	—
Pilor Stenozu	1	—
TOPLAM	4	1

## TARTIŞMA

PGV nin potansiyel avantaj ve dezavantajları şunlardır <sup>4</sup>:

Potansiyel avantajları:

- 1- İnnerve bir antrum ve pilor yaklaşık normal bir gastrik boşalma sağlar,
- 2- Ekstragastrik ve antral sinirler asit sekresyonu üzerinde inhibe edici etki gösterebilirler,
- 3- Fonksiyone eden bir pilor mideye reflüyü azaltır ve böylece duodenal muhtevanın mide mukozası üzerinde harab edici etkisini önleyebilir,
- 4- Duodenal innervasyonun varlığı duodenal hormonların normal salınmasına izin verebilir.

Potansiyel dezavantajları:

- 1- Gastrik stazın olabilmesi gastrik ülser neden olabilir.
- 2- İnnerve bir antrumun varlığı fazla gastrin serbestleşmesine, artan asit sekresyona sebep olabilir,
- 3- Fazla veya az mide bölümünün denerve edilmesi gastrik staza veya yetersiz asit indirimine neden olabilir,
- 4- Rekkürrent ülser olasılığı kabul edilemez değildir.

Reoperasyona alınan olgularımız da bu olasılığı doğrulamaktadır.

Stadil ve Rehfeld insülin testi ile yaptıkları çalışmada, PGV, trunkal vagotomi ve selektif vagotomiye incelemişler ve PGV de serum gastrin düzeyinin bariz olarak yükseldiğini fakat aynı yüksek düzeyin diğer tip vagotomilerde de varolduğunu gö-rerek bunun antrumun innerve kalması ile bir ilişkisi olmadığına karar vermişlerdir <sup>5</sup>.

PGV de serum gastrin düzeyinin yüksek bulunmasının gastrik boşalmanın gecikmesine bağlı olduğunu öne süren yazarlara karşı antrumda innerve kısmın Goligher 7 cm., Amdrup 9 cm. ve Jordan 6 cm. bırakılması ile oluşmayacağını savunmaktadır <sup>6.7.8</sup>.

Biz vak'alarımızda antrumun innervasyonunu yalnız Latarjet siniri kalacak şekilde düzenlemiştik.

Amdrup'un geniş çalışmasında staz oluşması sonrası ülser oluşan % 1 olgu, Jordan'ın serisinde ise 2 olgu bildirilmektedir <sup>3.8</sup>.

Harrington, Sawyers ve Tennessee 90 kadın olgu üzerinde trunkal vagotomi, selektif vagotomi ve PGV'yi çalışmışlar ve 30 olguya PGV uygulamışlardır. Bir olguda gastrik ülser görmüşler, duodenal ülser görmemişlerdir. Olgularını erkek hasta-

larla karşılaştırmışlar ve kadın-erkek arasında morbidite açısından farklılık görmemişlerdir<sup>9</sup>.

Kronborg ve Madsen'in 50 olguluk PGV çalışmasında 11 olguda rekürrent ülser saptanmıştır. Kronborg daha sonra tekniğini Amdrup'unkinden Goligher'inkine değiştirmekle rekürrens oranını % 8 olarak saptamıştır<sup>10</sup>.

Wastel 36 olguluk randomize prospektif çalışmasında olgularına PGV + piloroplasti ve yalnız PGV uygulamış ve çalışmasının ilk 3-12 ayı arasında sadece PGV yapılan 16 hastada 2 nüks ve birde şüpheli ülser olgusu saptamıştır<sup>11</sup>.

Tüm araştırmalar bu operasyondan sonra çok az gastrik yakınmaların olduğunu göstermektedir<sup>9</sup>. Hastalarda nüks ülser ortaya çıkması genellikle ilk iki yıl içinde olmaktadır ve çalışmamızda da bu böyle görülmüştür<sup>3.8.9.10</sup>. Çeşitli yazarların bildirdilerine göre nüks ülser oranı genelde % 2-8 arasında değişmektedir<sup>3.5.7.8.9.10</sup>. Sonuç olarak bildirilen bütün nüks ülser olgularına rağmen günümüzde PGV duodenal ülser için elektif bir tedavi yöntemi olarak düşünülmektedir.

### KAYNAKLAR

1. GRIFFITH, C.A., and HARKINS, H.N.: Partial gastric vagotomy: An experimental study. *Gastroenterology*, 32: 96, 1957.
2. JOHNSTON, D. and WILKINSON, A.R.: Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. *Br. J. Surg*, 57: 289, 1970.
3. JOHNSTON, D. and GOLINGHER, J.C.: Selective, highly selective or truncal vagotomy. *Surg. Clin. of North Am.* 56-60: 1313, 1976.
4. JORDAN, P.H. Jr.: Current status of parietal cell vagotomy. *Am. J. Surg*, 184: 659, 1976.
5. STADIL, F., REHFELD, J.H.: Gastrin response to insulin after selective highly selective and truncal vagotomy. *Gastroenterology*, 66: 7, 1974.
6. AMDRUP, E.: Vagotomy in the treatment of peptic ulcer. *Clinics in Gastroenterology*, 2: 397, 1973.
7. GOLIGHER, J.C.: A technique for highly selective (parietal cell or proximal gastric) vagotomy for duodenal ulcer. *Br. J. Surg*. 61: 337, 1974.
8. JORDAN, P.H. Jr.: A prospective study of parietal cell vagotomy and selective vagotomy-antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann. Surg.*, 183: 619, 1979.
9. HARRINGTON, J.L., Jr., SAWYERS, J.L. TENNESSEE, N.: Results of elective duodenal ulcer surgery in women. Comparison of truncal vagotomy, gastric selective vagotomy and pyloroplasty, proximal gastric vagotomy. *Ann. Surg.* 187: 576, 1978.
10. KRONBORG, O. and MADSEN, P.: A controlled randomized trial of highly selective vagotomy versus selective vagotomy and pyloroplasty in the treatment of duodenal ulcer. *Gut*, 16: 268, 1975.
11. WASTEL, C., WILSON, T. and PIGOTT, H.: Proximal gastric vagotomy. *Proc. R. Soc. Med*, 67: 1183, 1974.