

İNCELEME YAZILARI

TÜRKİYE'DE DUODENAL ÜLSER PREFORASYONLARINA CERRAHİ YAKLAŞIM : 9 Seri İncelenmesi

THE SURGICAL APPROACH TO THE DUODENAL ULCER
PERFORATIONS IN TURKEY: A review of 9 series

Muharrem KARAOĞLAN
Bahattin CANBEYLİ
Bekir ÖZENEN
Avni ŞAMLI

SUMMARY

To review the approach for duodenal ulcer perforations in our country, in the period of 60 years between 1930-90, 32 series published in Turkish Medical Literature about peptic ulcer perforations were studied and only nine series (1143 cases) including the criteria that influence mortality and recurrence were reviewed. The series without classification as duodenal and gastric ulcer perforation were excluded.

Patients were studied in two periods according to the therapy of H₂ receptor blockage beginning to use before and after 1980. Although only 3 series (157 cases) were reported before 1980; it was observed that the studies of series has greatly increased after 1980, with 6 series (986 cases) being reported; In comparing, it was observed that primary suture technique was performed in 119 (75.8%) cases, definitive surgery in 38 (24.2%) before 1980; definitive surgery has been performed in 568 (57.9%) cases, primary suture in 418 (42.4%) cases, after 1980. Definitive surgery has increased more than two times after 1980.

The rate of mortality was 11 (9.2%) for simple suture technique; 2 (5.1%) for definitive surgery before 1980; while 45 (10.8%) for primary suture technique; 15 (2.6%) for definitive surgery after 1980. Only 451 (38.6%) cases could have been followed up to three years. In these cases, it was found 79 (29.4%) recurrence, 58 (21.9%) reoperation in primary suture technique while 22 (11.8%) recurrence; 2 (1.0%) reoperation in definitive surgery. There was two times decrease in the mortality of definitive surgery while no decrease in the mortality of primary suture technique.

As a result, 2 times decrease in the mortality of definitive surgery can be explained with the development of technique of postoperative care and anesthesia; while that the same decrease was not observed in the primary suture group can be explained with the widening of surgical indication in high-risk patient group in spite of the progress of anesthesia and surgery.

(Key words: Mortaliy, Recurrence, Peptic Ulcer, Prognosis)

II. Genel Cerrahi Kliniği (Doç.Dr.B. Canbeyli Klinik Şefi, Op.Dr.
M. Karaoğlan, Başasistan, Op.Dr.B. Özenen)
I. Genel Cerrahi Kliniği (Op.Dr.A Şamlı)
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, 35120 - İZMİR

Yazışma: Op.Dr.M. Karaoğlan

ÖZET

Duodenal ülser perforasyonlarında ülkemizdeki yaklaşımı incelemek amacıyla 1930-90 yılları arasındaki 60 yıl boyunca Türk Tıp literatüründe yayımlanan 32 peptik ülser perforasyon serisi incelenmiştir. Ameliyat mortalitesi ve nüksü etkileyen faktörleri içeren yalnız 9 seri (1143 olgu) incelemeye alınmıştır. Gastrik ve duodenal ülser ayrımının yapılmadığı seriler inceleme dışı bırakılmıştır.

Hastalar H2 reseptör blokaj tedavisinin uygulanmaya başladığı 1980 yılından önce ve sonra olmak üzere 2 dönemde incelenmiştir. Buna göre 1980'den önce yalnızca 3 seri (157 olgu) bildirilmesi karşın 1980 sonrasında 6 seri (986 olgu) bildirilmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre primer sütün tekniği 1980'den önce 119 (%75.8) olguda, 1980 sonrasında 418 (42.4) olguda bildirilmiştir. Definitif Cerrahi 1980 den önce 38 (%24.2) olguda; 1980'den sonra ise 568 (%57.6) olguda uygulanmış olup definitif cerrahide 2 kattan fazla artış gözlenmektedir.

Primer sütün grubunda mortalitesi 1980 öncesi 11 (%9.2) olguda, 1980 sonrasında 45 (%10.8) olguda gözlenmektedir. Definitif cerrahi grubunda mortalite 1980 öncesi 2 (%5.4) olguda , 1980 sonrasında 15 (%2.6) olguda görülmüştür. 1143 hastadan yalnızca 451 (%38.6) olgunun ortalama 3 yıl izlenebildiği gözlenmiştir. Bu olgularda Primer sütün tekniğinde 79(%29.4) nüks; 58(%21.8) reoperasyon; definitif cerrahide 22 (%11.8)nüks; 2(%1.0) reoperasyon gözlenmektedir. Definitif cerrahide mortalite 2 kat azalırken aynı azalma primer sütün grubunda gözlenmemiştir.

1980 sonrası yönelinen definitif cerrahi mortalitesinde 2 kat azalma oluşu gelişen anestezi ve yoğun bakım olanaklarıyla açıklanabilir. Aynı azalmanın primer sütün grubunda görülmeyişinin ise eskiye kıyasla daha yüksek oranda riskli olguların ameliyata alınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

(Anahtar Sözcükler: , Mortalite, Nüks, Peptik Ülser, Prognoz.)

Peptik ülser perforasyonların belirti ve bulguları ilk kez Rawlison (1727) tarafından tanımlanmıştır (1, 2). İlk yayınlar ise Travers (1817) tarafından yapılmıştır ama başarılı olmamıştır. İlk başarılı cerrahi girişim (Primer sütün tekniği) ise Heusner (1894) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu tarihten itibaren perfore duodenal ülser tedavisinde diğer teknik işlemler (gastroenterostomi ve Braun anostomoz, rezeksiyon) 30-40 yıl süreyle definitif cerrahi tekniği olarak kullanılmıştır ama yüzyılımızın ortalarında Dragsted (1943)'den itibaren vagotomi ile birlikte drenaj işlemleri giderek artan oranda kullanılmaktadır (3).

Duodenal ülser perforasyonları, acil cerrahi girişim gerektiren; gecikmenin mortaliteyi arttırdığı ağır bir komplikasyondur (3-7,55). Duodenal ülserin yetişkin nüfusun %5-10'unun oluşturmasına karşın ve giderek bu oranın azaldığı bildirilmekte ise de perforasyon oranı duodenal ülserler içerisinde

%1-18 arasında değişmektedir (5,7-12). Akut karın tablolarının ise %8'ini oluşturduğu bildirilmektedir (10).

Ülkemizde çeşitli kliniklerde bildirilen ülser perforasyon serilerinde farklı sonuçlar ve değişik tedavi seçimleri bildirilmektedir. 1960'lardan önce peptik ülser perforasyonlarının tedavisinde primer sütün (13-17); bundan sonra ise definitif işlemler (rezeksiyonlar, vagotomi ile birlikte drenajlar, yüksek selektif vagotomiler) uygulandığı gözükmemektedir (1,2,4-12,18-32,52). 1930'lardan beri yayınlanmış 32 seride 4238 peptik ülser perforasyonu bildirilmektedir (1,2,7-21,23-32,34-36,50,52,56). Fakat literatürde duodenal ve gastrik ülser perforasyonları arasında benzerlik bulunmadığı da bildirilmektedir (33,37). Bu nedenle yalnızca duodenal ülser perforasyonlarını içeren inceleme sonuçlarını ortaya koymaya çalıştık. Bu konuda DeBakey (1940)'in 5589; Williams (1969)'un 839; Mackay (1966)'on 4726 olgu-

daki inceleme çalışmalarının sonuçlarını bildirmişlerdir (38, 39). Ülkemizde de bu alanda gerek yaklaşım gerek sonuçlar bakımından henüz irdelenme yapılmış değildir. Bunda Türk Tıp indisinin henüz olmaması, tıp kütüphanelerindeki koşulların istenilen düzeyde olmayışı rol oynamaktadır. 1930' lardan itibaren yayınlanmış olan peptik ülser perforasyon serilerinde bulabildiğimiz 32 seriden ancak 9 seri (1143 olgu) duodenal ülser perforasyonlarını ayrı olarak ele almış bulunmaktadır. Biz burada ülkemizdeki duodenal ülser perforasyonlarının cerrahi tedavisi sonuçlarının değerlendirilmek istedik.

GEREÇ VE YÖNTEM

1930 Yıllarından beri Türkiye'nin eğitim hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde yayınlanmış peptik ülser perforasyon serileri incelendi. İzmir'deki Milli Kütüphane ve hastane kütüphaneleri (Atatürk Devlet Hastanesi, SSKTepecik Hastanesi, Ege ve 9 Eylül Tıp Fakültesi Hastaneleri) titizlikle tarandı ve Türkçe yayınlanmış peptik ülser perforasyonları konusundaki yayınlar (Cerrahi Makaleler Bibliyografyası) (58) gözden geçirildi. Bulunabilen yayınlar (32 seri, 4238 olgu) incelenerek duodenal perforasyon serileri derlendi (Tablo 1).

TABLO 1: 60 yıllık dönemde ülkemizde yayınlanan PUP* ve DUP** serileri

YAZARLAR	ÇALIŞMA YILLARI	KURUM	OLGU SAYISI	ÇALIŞMA TİPİ
Dorken va.	1934-46	İÜTF	131	Tedavi
Toker	1935	İÜTF	27	Tedavi
Melchior	1943	Ank.Num.	56	Tedavi
Kayabalı va.	1950-55	AÜTF	122	Ted.Mort.
Konuralp va.	1950-66	İÜTF	129	Analiz
Egemen va.	1950-71	Şişli Eftal	210	Analiz
insel va.	1952-68	Cerrahpaşa T.F.	337	Tedavi
Uğur va.	1958-71	AÜTF	112	Analiz
Yaycıoğlu va.	1960-66	AÜTF (1.Cer.)	24	Analiz
Demirörs va.	1968-77	izmir Dev.	356	Analiz
Gürgeç va.	1965-70	Cerrahpaşa TF	173	Analiz
Alhan va.	1970-79	Hacettepe TF	104	Analiz
*Ezici va.	1970-74	Çukurova TF	59	Def.Tedavi
Duman va.	1970-74	Dicle ÜTF	70	Analiz
Ayral va.	1974-79	GATA TF	154	Analiz
*Canbeyli va.	1976-79	Dicle ÜTF	15	Def.Tedavi
Özarmağan va.	1976-81	İÜTF	150	Analiz
*Koruyucu va.	1978-81	AÜTF	83	Analiz
Birinç va.	1980-89	Bursa Dev.	293	Mevsim-Yaş
*Yüzer va.	1980-90	EÜTF	345	Risk Fak.+Mort
Tuncer va.	1981-83	İÜTF	13	Def.Tedavi
*Genç va.	1981-85	İÜTF	354	Risk Fak.+Mort.
Menteş va.	1982-84	EÜTF	25	Def.Tedavi
Menteş va.	1982	EÜTF	38	Def.Tedavi
Menteş va.	1982-86	EÜTF	82	Def.Tedavi
*Arıcı va.	1983-85	İzmir Dev.	100	Analiz
Cengiz va.	1984-87	Ank.Num.	318	Analiz
*Köksoy va.	1984-87	Taksim H.(I.cer.)	103	Mort.Kriterleri
*Arslan va.	1985-86	Göztepe SSK	30	Primer*Sütür
Kaya va.	1985-88	Taksim H. (I. Cer.)	54	Def.Tedavi
Batkın va.	1986-88	GATA TF	100	Analiz
Toplam:		32 seri	4238	

(*) : İncelemeye alınan, DUP serileri

va. : Ve arkadaşları

PUP : Peptik ülser perforasyonu, DUP: Duodenal ülser perforasyonu

Def : Definitif, Mort: Mortalite

Gastrik ve duodenal ülser perforasyonları ayırımı yapılmayan 17 seri 2703 olgu) (1,2,7,9-11,13-18,23,26,27,34,50) ve aynı klinikten bildirilen 6 duodenal ülser perforasyon serisi (392 olgu mükerrer olduğu için inceleme dışı bırakıldı (12,20,30-32,52). Geri kalan 9 duodenal ülser perforasyon serisi (1143 olgu) (8,19,21, 24,25,28,29,35,56) yaş, cinsiyet, kronisite, perforasyon süresi, ayakta direkt karın grafisi bulguları, laboratuvar bulguları, preoperatif hipotansiyon, peritonit derecesi, tedavi tekniği, mortalite oranı, mortalite nedenleri yandaş hastalıklar, komplikasyonlar ve takip sonuçları gibi parametreler yönünden incelendi (Tablo 3). Olguların %15'inden daha azında bildirilen parametreler değerlendirme dışı bırakıldı. Diğer parametreler H2 reseptör blokerlerinin yaygınlaştığı 1980 yılı öncesi ve sonrası dönemler olmak üzere 2 döneme göre değerlendirildi. İstatistiksel karşılaştırmalar için student-t testi kullanıldı.

Araştırmaların yaş, cinsiyet, kronisite, perforasyon süresi, preoperatuvar hipotansiyon, peritonit durumu, tedavi tekniği, mortalite nedenleri üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Yaş, cinsiyet, tedavi, mortalite oranı parametreler, %100 oranında incelendiği halde mortalite nedenleri ve kronisite %91.2 2; komplikasyonlar, takip sonuçları, preoperatuvar hipotansiyon, peritoneal kontaminasyon, perforasyon süresi %30-80 oranlarında incelenmiştir (Tablo 3). Yaş grupları, ayakta direkt karın grafisi bulguları, laboratuvar bulguları ise %15'den aşağı oranlarda incelenmiştir. 1970'den sonraki yıllarda duodenal ülser perforasyonlarının peptik ülserlerden ayrı olarak yayınlanmaya başladığı görülmektedir (Tablo 1).

SONUÇ VE BULGULAR

Tablolar incelendiğinde duodenal ülser perforasyon serilerinin ancak 1970 yıllarından sonra yayınlandığı gözlenmektedir. Son 10 yılda duodenal ülser perforasyon serisi 1 kat arttığı halde olgu sayısının 6 kat arttığı gözlenmektedir. Daha önce yayınlanmış

olan serilerde duodenal ve gastrik ülser perforasyonları birlikte ele alınmıştır. 1980 öncesi üç seri (157 olgu) (%13.7); 1980 sonrası dönemde 6 seri (986 olgu) (%87.3) bildirilen parametrelere göre değerlendirildiğinde olgulardaki yaş ortalamasının 1980 öncesi 40; 1980 sonrası 45.5 kadın erkek oranının 1980'den önce 1/9; 1980'den sonra 1/15 olduğu gözlenmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Ülkemizde bildirilen DUP olgularında 1980 önce ve sonrası yaş ve cinsiyet özellikleri.

	1980		
	Öncesi	Sonrası	
Yayınlanan Seri	3	6	
Olgu sayısı (%)	157 (%13.7)	986 (%86.3)	
Yaş Ekstremi	15-75	16-93	
Yaş Ortalaması	40	45	
Kadın (%)	16(10.2)	70(7.0)	p>0.05
Erkek (%)	141(88.8)	1073(93.0)	
E/K Oranı	9	15	

1980 sonrası serilerde ortalama yaş 5 yıl kadar artmıştır. Araştırılan 9 seride 1015 (%77.4) olgu kronisite yönünden incelenmiştir. Buna göre 1980 öncesi üç seride %13.3 akut, %86.3 kronik; 1980 sonrası 6 seride %30.0 akut, %70.0 kronik ülser perforasyonu gözlenmiştir. Kronik ülser perforasyonu akut ülser perforasyonuna göre 1980 öncesi 6; 1980 sonrası dönemde 3 kat fazla olduğu gözlenmekte ($p<0.05$) olup akut ülser perforasyonlarında bir artış olduğu göze çarpmaktadır. Bu artışın kronik ülserlerin gelişen tıbbi tedavi olanaklarına ve ileri yaşlarda kullanılan ilaçların fazla kullanımı ile ilgili olduğu düşünülebilir. Perforasyon süresi, 9 seride 532 (%46.2) olguda incelenmiş ve her iki grupta fark görülmemiştir ($p>0.05$). Preoperatuvar hipotansiyon 1980 öncesi üç seride bildirilmemiştir. 1980 sonrası 6 seride 885 (%77.4) olguda incelenmiş ve 29 (%3.5) olguda

Tablo 3: DUP olgularında 1980 öncesi ve sonrası değişiklikler

PARAMETRELER S	Önce S (%)	1980 Sonra S (%)	P
KRONİSİTE (1015)	83	932	
Akut	11 (13.3)	246 (30.0)	t=4.1
Kronik	72 (86.3)	686 (70.0)	p<0.05
K/A	6	3	
PERFORASYON SÜRESİ(632)	157	475	
<12 saat	17 (74.5)	352 (72.1)	t=0.6
>12 saat	40 (25.5)	177 (27.9)	p>0.05
YANDAŞ HAST. (885)	83 7/83	802 135/802 (16.2)	t=2.1 p<0.05
KOMPLİKASYONLAR (531)	82	448	
Tıbbi	8 (9.6)	41 (9.1)	t=1.4 p>0.05
Cerrahi	3 (3.6)	66 (14.7)	t=1.8 p>0.05
Toplam	11 (13.3)	107 (23.8)	
TEDAVİ (1143)	157	986	
PS	119 (75.8)	418 (42.4)	t=8.1
DC	38 (24.2)	568 (57.6)	p<0.05
MORTALİTE (1143)	986		
PS	11 (9.2)	45 (10.8)	t=1.2 p>0.05
DC	2 (5.1)	15 (2.6)	t=6.0 p<0.05
MORTALİTE NEDENLERİ (1043)	157 m=13	886 m=60	
Tıbbi	9 (69.2)	25 (41.0)	
Cerrahi	4 (30.8)	35 (59.0)	t=2.1 p<0.05

m= Kaybedilen olgu sayısı

PS: Primer sütün

DC: Definitif Cerrahi

S: İncelenen olgu sayısı

Tablo 4: Tüm DU perforasyon serilerinde uygulanan cerrahi tedavi tekniği ve mortalite

TEDAVİ TEKNİĞİ	1980		S(%)	MORTALİTE		Toplam
	Önce	Sonra		Önce	Sonra	
PS	119	418	537 (47.0)	11 (9.2)	45 (10.8)	56 (10.4)
DT	38	568	606 (53.8)	2 (5.1)	15 (2.6)	17 (2.8)
TV+Dr.	38	506	544 (47.6)	2 (5.1)	12 (2.0)	14 (2.6)
PS+YSV	-	52	52 (8.5)	-	0	0 (0.0)
TV+A	-	5	5 (0.4)	-	1	1 (20.0)
SG	-	5	5 (0.4)	-	2	2 (40.0)
TOPLAM	197	986	1143	13	60	73 (6.3)

S= Olgu sayısı, PS= Primer sütün, DT: Definitif tedavi, DU: Duodenal Ülser
 TV+Dr: Trunkal vagotomi+Drenaj, TV+A: Trunkal Vagotomi + Antrektomi,
 SG: Subtotal gastrektomi, YSV: Yüksek selektif vagotomi,

Tablo 5 : Ölen 73 duodenal ülser perforasyonlu olguda bildirilen ölüm nedenleri

MORTALİTE NEDENLERİ	1980		TOPLAM S (%)
	Önce	Sonra	
	S:13	S:60	S:73
TIBBİ	9 (%69.2)	25 (41.7)	34 (46.6)
Kardio vasküler yetmezlik	5	3	8
Pulmoner yetmezlik	-	13	13
Akciğer embolisi	-	2	2
Renal yetmezlik	-	2	2
Myokard infarküsü	2	-	2
Kardiak arrest	2-	2	
Hepatik yetmezlik	-	2	2
Serebral kanama	-	1	1
CERRAHİ	4 (30.8)	35 (58.3)	39 (53.4)
Peritonit, septik şok	4	29	33
Sütün kaçağı, Duodenal fistül	-	5	5
Hemorajik şok	,	1	1

Tablo 6 : 531 duodenal ülser perforasyonlu hastada görülen komplikasyonlar

KOMPLİKASYONLAR	OLGU SAYISI		ORAN (%)
	1980 Önce	1980 Sonra	
TIBBİ	8 (9.7)	41 (9.2)	49 (9.0)
Böbrek yetmezliği	1	-	1
Akciğer komplikasyonlar	2	28	30
Akciğer Embolisi	-	2	2
Myokard infarktüsü, kalb yetmezliği	2	1	3
Diyare	-	3	3
inatçı ağrılar	-	2	2
kalb durması	3	-	3
Mide atonisi	-	1	1
Tromboflebit	-	1	1
Serebral kanama	-	1	1
Üriner enfeksiyon	-	2	2
CERRAHİ	3 (3.6)	66 (12.4)	69 (13.0)
Yara enfeksiyonu	3	41	44
Sütür kaçağı	-	9	9
Brit ileusu	-	3	3
Gastrointestinal kanama	-	3	3
Evantrasyon-eviserasyon	-	6	6
intraabdominal abse	-	4	4
Toplam	11 (13.3)	107 (23.9)	118 (22.2)

Tablo 7: Duodenal ülser perforasyonlarının cerrahi tedavisinin geç sonuçları

YAZAR	İZLENEN OS	İZLEM SÜRESİ (YIL)	NÜKS		REOP	
			PS	DC	PS	DC
Korucu (1982) ²⁹	28	3	9 (32.1)	0	7(27.0)	0
Arıcı (1985) ⁸	100	1	41 (60.0)	0	30 (44.0)	0
Köksöy (1992) ³⁵	103	3	11 (38.0)	8 (9.4)	4 (14.0)	0
Menteş (1986) ³¹	86	5	1 (5.8)	10 (12.9)	0	0
Ayral (1981) ²⁰	71	3	0	4 (6.6)	0	0
Özarmağan (1984) ¹²	63	3	17 (37.0)	0	17 (37.5)	2
Toplam	451	3	79 (29 .4)	22 (11.8)	58 (21.9)	2 (1.0)

OS: Olgu sayısı PS: Primer sütür ()= Yüzde oranı DC : Definitif cerrahi REOP: Reoperasyon

Tablo 8 : Ülkemizde duodenal ülser perforasyonlarında prospektif serilerdeki tedavi yöntemlerinin geç sonuçları

YAZAR	N	TEKNİK	İZLEM (Yıl)	NÜKS (%)	REOP (%)	MORT
Canbeyli (1982) ²¹	15	TV+P*	1.5	0	0	1
Arslan (1988) ¹⁹	30	PS**	2	0	0	0
Kaya (1989) ²⁸	50	TV+P*	1.5	0	0	0
	4	PS	2	0	0	0
Tuncer (1987) ⁵²	13	PS+YSV	2	0	0	0
Menteş (1991) ³²	38	PS+YSV	10	14 (36.0)	0	0

*: PS mortalitesi 2/34 (%5.9); **: Definitif cerrahi mortalitesi 1/91 (%1.1)

PS: Primer sütün TV+P: Trunkal Vagotomi+Piloroplasti YSV: Yüksek selektif vagotomi

preoperatuvar şok (TA < cm Hg) saptanmıştır. Peritonit tablosunun durumu da yalnızca 1980 sonrası 6 seride 379 (%33.1) olguda bildirilmiş; peritonitin 233 (%61.5) olguda lokalize, 146 (%46.0) olguda jeneralize olduğu ve bunun perforasyon süresi ile paralellik gösterdiği kaydedilmiştir.

Tedavide primer sütün ve definitif cerrahi teknikleri kullanılmıştır. 9 seride (1143 olgu) olguda 537 (%47.0) primer sütün, 606 (%53.0) olguda definitif cerrahi teknik uygulanmıştır. Definitif cerrahi içerisinde 544 (%47.6) olgudan trunkal vagotomi ile birlikte denaj işlemleri; 52 (%8.5) olguda primer sütün ile birlikte yüksek selektif vagotomi; 5 (%0.4) olguda turunkal vagotomi ile birlikte antrektomi; 5 (%0.4) olguda da subtotal gastrektomi uygulanmıştır (Tablo 4). Konservatif tedavi hiçbir olguda uygulanmamıştır. Tedavi yöntemleri dönemlere göre incelendiğinde 1980 öncesi 3 seride %75.8 primer sütün, %24.2 definitif cerrahi teknik uygulanırken 1980 sonrası 6 seride %42.4 primer sütün, %57.6 definitif cerrahi teknik uygulandığı gözlenmektedir. Sonuçta primer sütün/definitif cerrahi oranı 1980 öncesi yaklaşık 3/1 iken 1980 sonrası dönemde

yaklaşık 1/1 olmuştur. Sonuçta definitif cerrahide 2 kat artış gözlenmektedir (Tablo3).

Bu olgularda genel mortalite %6.3 olup primer sütünlerde %10.8 definitif cerrahide %2.6; trunkal vagotomi ile birlikte drenaj işlemlerinde %2.6 olduğu primer sütün ile birlikte selektif vagotomi işlemlerinde ise mortalite bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4). Dönemlere göre değerlendirildiğinde 1980 öncesi üç seride primer sütünlerde %9.2 definitif cerrahide %5.1; 1980 sonrası 6 seride primer sütünlerde %10.8 definitif cerrahide ise %2.2 olup primer sütünlerde 2 dönem arasında anlamlı fark olmamasına karşın (p>0.05) definitif cerrahide 1980 sonrası dönemde anlamlı düşüş gözlenmektedir (p<0.05) (Tablo 3). Primer sütün mortalitesi 1980 sonrası grupta artmış olmakla birlikte bu artış anlamlı değildir. Aksine definitif cerrahi mortalitesi 2 kat azalmıştır. Bunun nedeni definitif cerrahide son 10 yılda yeni yöntemlerin gerçekleştirilmesi olabilir. Mortalite nedenleri 1043 (%91.2) olguda incelenmiştir. Genelde tıbbi nedenler %46.6'sini cerrahi nedenler ise %53.4'ünü oluşturmaktadır (Tablo 5). Dönemlere göre incelendiğinde 1980 öncesi 3 seride tıbbi nedenler %69.2,

cerrahi nedenler %30.8'ini oluştururken 1980 sonrası 6 seride tıbbi nedenler %41.7'nı cerrahi nedenler ise 58.3'nü oluşturmaktadır ($p < 0.05$). Komplikasyonlar 9 seride 531 (%46.1) olguda incelenmiştir. Genel komplikasyon oranının %22.2 olduğu; bunun %9.2'sinin tıbbi, %13.0'nin cerrahi komplikasyonlar olduğu gözükmetedir (Tablo 6). Yine dönemlere göre incelendiğinde 1980 öncesi 3 seride tıbbi komplikasyon oranı %9.6, cerrahi komplikasyon oranı %3.6; 1980 sonrası 6 seride ise tıbbi komplikasyon oranını %14.7 olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu gözlenmektedir ($p > 0.05$) (Tablo 3). Yandaş hastalıklar ise 1980 öncesi 3 seride %7.3 1980 sonrası 6 seride %16.2 olup yandaş hastalıklı olguların 1980 sonrası dönemde artış kaydettiği gözlenmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 3).

İzlenebilen duodenal ülser perforasyonlarının 1-5 yıl ortalama 3 yıl izlendiği görülmektedir. Bu izlem döneminde nüks, primer sütür uygulanan vakalarda %29.4; definitif cerrahi uygulananlara ise %11.8'dir. Seçilmiş prospektif serilerde ise nüks ve reoperasyon gözlenmemektedir (Tablo 7,8).

Sonuçta 1980 öncesi ve sonrası duodenal ülser perforasyon serileri karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet perforasyon süresi, komplikasyon, parametrelerinde 2 dönem arasında anlamlı fark olmamasına karşın ($p < 0.05$), kronisite, yandaş hastalıklar, tedavi tekniği, mortalite oranı ve nedenleri gibi parametrelerde anlamlı fark gözlenmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde duodenal ülser perforasyonları acil operasyon gerektiren ve operasyon yapılmadığında hastanın ölümüne neden olan ağır bir komplikasyondur (3-7,41,55). 1930 yıllarından beri ülkemizde peptik ülser perforasyonları konusunda yayımlanan 32 seriden (4238 olgu). 17 si (2703 olgu), peptik ülser perforasyonları veya gastroduodenal ülser perforasyonları adı altında incelenmiştir. 6 duodenal

ülser perforasyon serisi ise (392 olgu) aynı kurumlarda ve aynı dönemlerde incelendiğinden değerlendirme dışı bırakılmıştır (Tablo 1). İncelene duodenal ülser perforasyonu olguları geri kalan 9 seride yer almış ve bu seriler genellikle 1970'den sonra yayınlanmıştır.

Olguların yaş ve cinsiyet dağılımı klasik literatür verileriyle uyumlu gözükmetedir (5). erkek/kadın oranı genelde 13/1 olup ortalama yaş 40 bulunmuştur. Olguların %57.5'inin 20 ile 40 yaş guruplarında olduğu bildirilmektedir. (9,10,18,19,23,28). Batı literatürüne (5,19) göre genç yaş gurubunu oluşturmakta olup bu durumu toplumumuzun genç bir toplum oluşuyla ilgili sosyo ekonomik koşullardan kaynaklanan stres faktörüyle açıklamak mümkündür. Ülkemizde gastroduodenal perforasyonlar, daha çok yaz aylarında gözükmetedir (1,2,7,9,11,14,18,20). Ramazan aylarında ise normalden %8-12 fazla oranda olduğu; bunun açık durumlarındaki hipersekresyon ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (12,7,9,18,55). Batı toplumlarında ise daha çok kış aylarında olduğu bildirilmektedir (5).

Duodenal ülser perforasyonlarında tedavi seçimi ve prognozu etkileyen faktörlerin ileri yaş (>60 yaş), kronisite (>3 ay anamnez) perforasyon süresi (>12 saat), preoperatuv hipotansiyon (TA<80 mmHg, nabız >120/dk), peritoneal bulaşma, yandaş hastalıklar ve tedavi tekniği olduğu bildirilmektedir (37,42-46,47). 9 seride (1143 olgu) akut duodenal ülser olguların %25.3'ünü kronik ülserler ise %74.6 sını oluşturmakta olup yabancı literatürdeki oranlara benzer olduğu gözükmetedir (42, 44,46-48) (Tablo 9).

Ülkemizde 1980 öncesi 3 seride kronik ülser perforasyonlarının iki kat fazlave 1980 sonrası dönemde ise akut ülser perforasyonlarında artış omduğu gözlenmektedir (Tablo 3). Bunun sebebi peptik ülserin tıbbi sağaltımında ilerlemelerin ayrıca yandaş hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç kullanımında artmanın ve ileri yaş gibi etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

Tablo 9: Duodenal ülser perforasyonlarında literatürdeki kronisite oranları

YAZAR	S	AKUT (%)	KRONİK (%)
Rees va. (46)	183	26.8	63.2
Boey va. (40)	220	21.3	72.7
Sawyer va. (48)	21	33.3	66.6
Bormann va. (47)	77	14.3	85.7
Toplam	614	27.4	72.6
Ülkemiz serileri (9 seri)	1143	25.3	74.6

S:Olgu sayısı va: Ve arkadaşları

Perforasyon süresi serilerde 632 (%55.3) olguda bildirilmiş olup gecikmiş perforasyonunun 1980 öncesi ve sonrası dönemde 217 (%34.3) olguda, erken perforasyonlar ise 415 (%65.7) olguda gözlenmektedir. Smith ve ark. (49)'ünün 96 olgu serisinde 32 (%33.3) olgunun 12 saat sonra hastaneye başvurdıklarını bildirmektedir. 12 saat sonra cerrahi girişim yapılan olgularda ölüm oranı arttığı bildirilmesine karşın (3,4,5); Canbeyli ve ark. (21) 15 olguluk serisinde gecikmiş perforasyonlarda da definitif cerrahi uygulanabileceğini savunmaktadırlar. Karşılaştıkları bir ölüm olayının cerrahi komplikasyonlardan olmadığını; miyokard enfarktüsüyle ilgili olduğunu bildirmektedirler.

Peritoneal bulaşma derecesi serilerde ancak 379 (%29.6) olguda incelenmiştir. Buna göre 230 (%61.5) olguda lokalize, 149 (%38.5) olguda ise jeneralize peritonit tablosu saptanmıştır. Bu durum perforasyon süresiyle paralellik göstermekte olup gecikmiş perforasyonlarda peritonit ve peritoneal kontaminasyon yayılmaktadır.

Preoperatif hipotansiyon (<80mmHg), serilerde 885 (%77.4) olguda incelenmiş ve 29 (%3.5) olguda saptanmıştır. Preoperatif hipotansiyon, mortaliteyi arttıran ve prognozu kötüleştiren en önemli parametredir (5,25, 28,33,25,45). Kirckpatrick (45). 113 olguluk serisinde 8 (%7) olguda preoperatif hipotan-

siyon saptadığını ve bununda 6 (%75) mortalite ile sonuçlandığını vurgulamaktadır. Genç ve ark. (25), 354 olguluk serisinde 9 (%2.5) olguda preoperatif hipotansiyon olduğunu ve bunun 8 (%87.5) 'inin kaybedildiğini; Kaya ve ark. (28) 54 olguluk serisinde 3 (%5.5) olguda preoperatuvar hipotansiyon olduğunu ve bunun 2 (%66.7)'sinin kaybedildiğini; Köksoy ve ark. (35) 103 olguluk serisinde 3 (%2.9) preoperatuvar hipotansiyon olduğunu hastaların tümünün (%100) kaybedildiğini bildirmektedirler. Bu verilerle hipotansiyona yol açan duodenal ülser perforasyonlarının öldürücü seyrettiği söylenebilir.

Tedavide kronisite, ve risk faktörlerinin; prognozda ise yaş, hipotansiyon, bulaşma derecesi, gecikme süresi ve yandaş hastalıkların belirleyici rol oynadıkları yerli / yabancı çalışmalarda kanıtlanmıştır (5,25, 28,30-33,35,39,40,42,43,45,46,49-51,55). Cerrahi tedavi konusundaki tartışmalar primer sütür ve definitif cerrahi teknik üzerine yoğunlaşmaktadır. Bir kısım yazarlar (19., 38,44,49), primer sütür tekniğini savunurlarken, Kurzweg ve ark (53), yüksek risk grubu hastalarda Taylor'un konservatif yöntemini savunmaktadırlar. Smith ve ark. (49) ise kötü risk grubu hastalarda ve ilaçlarda ve ilaçlara bağlı akut ülser delinmelerinde primer sütür tekniğini önermektedirler. Yazarların büyük çoğunluğu ise iyi risk grubundaki kronik ülser delinmelerinde definitif cerrahinin uygulanması konusunda fikir birliği içersindedirler (8,12,20-22,24,27,29,30-33,39,40,43,48,49,51,55). Ülkemizde 1980 öncesi ve sonrası tedavi yöntemleri karşılaştırıldığında 1980'den önce primer sütür tekniğinin 3 seri (157 olgu) içersinde 119 olguda (%75.8), definitif cerrahinin ise 38 (%24.2); 1980'den sonra ise 6 seri (986 olgu) içersinde definitif cerrahinin 568 (%57.6); primer sütür tekniğinin 418 (%42.4) olguda uygulandığı ve bu dönemlerde ülser diyatezini önleyici işlemlere ağırlık verildiği gözlenmektedir. Definitif cerrahinin %47.6'sını trunkal vagotomi ile birlikte drenaj; %8.5'sini primer sütür ile birlikte yüksek selektif vagotomi

%1'ini ise rezeksiyon işlemleri (trunkal vagotomi ile birlikte antrektomi, subtotal gastrektomi) oluşturmaktadır (Tablo 7). Mortalite 9 seride (1143 olgu), 73 (%6.3) olguda gözlenmiştir. Bu oran, primer sütürler için %10.4; trunkal vagotomi ile birlikte drenaj işlemlerinde %2.5 olup; primer sütür ile birlikte yüksek selektif vagotomi işlemlerinde mortalite yoktur (Tablo 7,8). Rezeksiyolarda ise %33.3 mortalite gözükmemektedir. Bu yüksek oran, rezeksiyon işlemlerinin azlığıyla ilgili olabilir buna karşın bazı yazarlar, rezeksiyon işlemlerinde mortalite olmadığını bildirmektedirler (12,27). 1980'den önce primer sütürlerde mortalite oranı %9.2 1980 dönemden sonrası ise %10.8'ye yükselmiş; definitif cerrahide ise 1980 öncesi %5.1 olan mortalite 1980 sonrası dönemde %2.6'e düşmüştür. Primer sütür mortalitesine 2 dönem arasında anlamlı fark gözükmemesine karşın (p;0.05), definitif cerrahi mortalitesinde ise 1980 sonrası dönemde anlamlı düşüş gözükmemektedir (p<0.05), Farklar istatistiksel olarak anlamlı gözükmemektedir (p<0.05). Primer sütürlerde mortalitenin artması ileri yaş, yandaş hastalıkların ve NSAİ (Nonstroid anti enflamatuar) ilaçların kullanımında artma, gecikmiş başvuru gibi risk faktörleriyle; definitif cerrahide ise mortalitenin

azalması, postoperatuar bakım ve anestezi olanaklarının gelişmesiyle izah edilebilir.

Duodenal ülser perforasyonlarında ülkemizde, izlenebilmiş serilerde tedavi primer sütür tekniği uygulanan olgularda %29.4 oranında nüks; %22.0 oranlarında reoperasyonla sonuçlanmıştır. Yabancı literatür ile karşılaştırıldığında nüks ve reoperasyon ülkemizde daha düşük oranda gözükmemektedir (Tablo 7,8). Bunun sebebi bizdeki izlem sürelerinin ortalama 5 yıl daha kısadır. Ancak seçilmiş prospektif serilerde nüks ve reoperasyon olmadığı; mortalitenin ise daha düşük oranlarda olduğu (genelde %1.7; primer sütürler için %5.8; definitif cerrahi için %1.0 olduğu (genelde %1.7; primer sütürler için %5.8, definitif cerrahi için :1.0 olduğu gözlenmektedir). Primer sütür grubunda mortalite ülkemizde daha düşük oranlarda gözükmesine karşın definitif cerrahi sonuçları yerli ve yabancı literatürde benzer gözükmemektedir (Tablo 7,8,10).

Definitif cerrahide, sonuçlar iyi olmasına karşın günümüzde bu operasyonların %50-60'ının gereksiz olduğu ileri sürülmekte ve primer sütür sonrası + H₂ reseptör bloker tedavisi ile de ülser diyatezinin kontrol edilebileceği savunulmaktadır (55,56). Menteş ve ark. (32),38 olguluk serisinin 10 yıllık takip

Tablo 10: Yabancı literatürde duodenal ülser perforasyonlarındaki izlem sonuçları

YAZAR	İZLENEN HASTA (YIL)	İZLEM SÜRESİ	NÜKS		REOP.	
			PS	DC	PS	DC
Harbrecht (1962) ⁵⁴	146	2	73 (50.0)	3 (12.5)	64 (43.8)	0
Rees (1976) ⁴⁶	174	16	54 (31.0)	0	53 (30.4)	0
Nemanich (1970) ³³	90	10	31 (61.6)	0	26 (43.6)	0
Boey (1982) ⁴⁰	101	4	18 (51.4)	3 (4.5)	8 (22.4)	230
Taphyphat (1985) ⁴⁷	48	8	14 (52.0)	5 (19.0)	9(33.0)	2 (76)
TOPLAM	559	8	190(44.4)	11 (8.3)	160 (37.4)	4 (3.0)
Türkiye	451	3	79 (29.4)	22 (11.8)	58 (21.9)	2 (1.0)

PS: Primer Sütür

DC: Definitif cerrahi

(): %

sonucunda, primer sütür ile birlikte yüksek selektif vagotomi işleminin ideal bir yöntem olmadığını savunmaktadırlar (Tablo 13). Bununla birlikte Feliciano (55), yüksek risk gurubu hastalarda primer sütür sonrası H₂ reseptör bloker tedavisini; risk gurubunda olmayan hastalarda ise primer sütür ile birlikte yüksek selektif vagotomiyi önermektedir.

Serilerde mortalite nedenleri 1043 (% 91.2) olguda incelenmiştir. Genelde %46.6'nı tıbbi nedenler, %53.4' cerrahi nedenler oluşturmaktadır (Tablo 8). Literatürde de benzer sonuçlar bildirilmektedir (33,38). Dönemlere göre değerlendirildiğinde 1980'den önce %69.2 olan tıbbi mortalite nedenlerinin 1980'den sonra %41.0'a düştüğü; cerrahi mortalite nedenleri ise 1980 sonrası dönemde arttığı gözlenmektedir (Tablo 3). Bu da, tıbbi hastalıkların tedavisindeki ilerleme sayesinde belki daha riskli hastalara definitif cerrahi uygulanabildiğini göstermektedir. Duodenal ülser perforasyonlarında mortaliteyi arttıran faktörlerin ileri ya (>60 ya) perforasyon süresi (<12 saat), hipotansiyon (TA<80 mmHg,Nb>120/dk), ileri periton kontaminasyonu ve yanda hastalıkların olduğu birçok yerli ve yabancı çalışmalarında kanıtlanmıştır. Kronisite ve ameliyat tekniğinin mortaliteyi etkilemediği ileri sürülmektedir (25,33,35,36,38,42,43,45,56,57). İleri ya sınırı seriden seriye değişmektedir (22,40,42,43,45). Yine bazı yazarlar, perforasyon sresinin de mortaliteyi etkilemediğini; daha çok ileri periton kontaminasyonu ve yanda hastalıkların etkili olduğunu ve bu nedenle gecikmiş perforasyonlarda da definitif cerrahinin güvenle uygulanabileceğini ileri sürmektedirler (21,51). Boey ve ark. (51), 184 olguluk başka bir serisinde peritoneal bakteriyel kontaminasyonun 48 saat sonra baladığı ve bu süre içersinde definitif cerrahinin uygulanabileceğini savunmaktadırlar. Yüzer ve ark. (56)'nın 345 olguluk serisinde mortaliteyi etkileyen faktörler arasında yüksek üre değer ve perforasyon çapını da belirtmekte; ameliyat tekniğinin sınırlı öneme haiz olduğunu savunmaktadırlar. İleri yalarda non-steroid

anti-enflamatuvar ilaçların kullanılmasının perforasyon oranının arttırdığını; yalnızca primer sütür ve H₂ reseptör blokajı ile ülser diyatezinin kontrol edilebileceğini bildirmekte olup primer sütürlerde mortalitenin yüksek oluunu daha yalı populasyonlarda ve non-steroid antienflamatuvar ilaç kullanan ya guruplarında perforasyonların ve yanda hastalıkların artmasına bağlamaktadırlar.

Son yıllarda APACHE II ve Mannheim indeksleri yüksek risk grubu hastaların belirlenmesinde kullanılmaktadır (35,53,57). APACHE II skorlamasında 12 fizyolojik ölçüm (vücut ısısı, kan basıncı, solunum sayısı, nabız sayısı, bilinç düzeyi, kan gazları, sodyum, potasyum, hematokrit, beyaz kan hücresi, kreatinin, genel durum) esas alınmaktadır. Duodenal ülser perforasyonları için APACHE II skorlama sınırı 11 olarak kabul edilmektedir. Bunun st skorlarda primer sütür; bunun altı skorlarda ise definitif cerrahi önerilmektedir. Schein ve ark. (49), 162 olguluk serisinde APACHE II skorunu yaşayan hastalarda 8; ölenlerde 14 olduğu tespit edilmiştir. APACHE II < 11 olan hastalarda ölüm olmadığını; APACHE II > 11 olan hastalarda ise %35 mortalite oranı saptadığını bildirmektedirler. İleriye dönük çalışmalarda ise APACHE II < 11 olan hastalarda mortalite %8; 11-20 olanlarda %25; > 20 olanlanlarda ise %75 olduğunu saptamışlardır. Köksoy ve ark. (35). APACHE II (N0-25) > 10; Mannheim (N:0-36) > 25 olan hastalarda mortalitenin yükseldiğini bildirmektedirler.

9 serinin inceleme sonucunda literatür verilerine göre duodenal ülser perforasyonlarının tedavisinde 1980 öncesi dönemde çoğunlukla (%75) primer sütür tekniği uygulamasına karşın 1980 sonrası dönemde definitif cerrahi oranlarında artma gözlendiği (58) ortaya çıkmaktadır. Bu artışın 1980 öncesine göre iki kat olmasına karşın son yıllarda primer sütür ve H₂ blokerleri ile de ülser diyatezinin önlenebileceği ileri sürülmektedir (55,56).

Sonuçta son 15 yılda Türk tıbbındaki

gelişmenin bir parçası olarak duodenal ülser perforasyonlarında da yaklaşımın önemli ölçüde değiştiği söylenebilir.

Primer sütürün daha az uygulanır oluşu definitif cerrahinin daha düşük bir mortalite ile uygulanır hale gelmesinin bir sonucu olduğu kanısındayız. Definitif cerrahideki

mortalitenin 1980 yıllardan sonra düşmesi anestezi ve yoğun bakım olanaklarındaki gelişmeye bağlanabilir. Gelişen bu olanaklara karşın Primer Sütür grubunda mortalite oranının düşmemesi gittikçe daha çok yüksek riskli hastaların ameliyat edilmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Batkin A, Çelenk T, Yapılcan M M, Gülmez M. Peptik Ülser Perforasyonları "100 olgunun incelenmesi" *Çağdaş Cer Derg.* 1989 ; 3 : 35-9.
2. Kölan N, Alparslan F, Ertaşkın M, Sarıkayalar Ü, Aydın R. Peptik ülser perforasyonları (100 olgunun incelenmesi) *Çağdaş Cer Derg.* 1989 ; 3 : 35-9.
3. Rosoff L, Berne C. Acute Perforation of peptic ulcer. (Eds. Nylhus LM, Wastell C. *Surgery of the Stomach and duodenum*) Boston : Little-Brown Comp ; 1986 ; 457-78.
4. Bumin O. *Sindirim Sistemi Cerrahisi.* Ankara : İksan Matbaası: 1986 ; 183.
5. Chaltrey LG: Peptik Ülser Perforasyonu (Maingot's R. *Abdominal Operations* (Çev. Edit, Andican A.) (*Abdominal Operasyonlar*), İstanbul : Nobel Kitabevi; 1989 ; 639 ; 55.
6. Dudley HAF, *Perforated peptic ulcer.* (Ed. Dudley HAF, *Hamilton Bailey's Emergency Surgery*) Bristol: John-Wright-Son Ltd: 1986 : 294.
7. Uğur D, Ulzer F, Çandar Z, Ergin K, Şenöz Ö, Akut mide-duodenum ulkus delinmeleri (112 vakanın analizi) *Ankara Üniv Tıp Fak Mec.* 1972 ; 25 : (Supplementum) 1-44.
8. Arıcı A, Savan B, Görgün M, Yağlı E, Kutlu Y, Duodenum ülser perforasyonlu 100 hastaya uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri ve sonuçları. *İzmir Dev. Hast. Mec.* 1985 ; 25 : 125-9.
9. Biring Ş, Yazan A. Peptik Ülser Perforasyonlarının lokalizasyon-yaş-cins-mevsim dağılımı. *Bursa Dev Hast. Tıp Derg.* 1991 ; 3 : 35-9.
10. Cengiz Ö, Coşkun F, Ertuğ M, Dinçtürk C. Peptik Ülser Perforasyonları (318 olgunun değerlendirilmesi) *İzmir Dev Hast Tıp Derg.* 1990 ; 28 : 53-7.
11. Demirörs Z, Özyaytekin T, Çorumluoğlu C, Horoz M, Dede D. Gastroduodenal peptik ülser perforasyonları. *İzmir Dev Hast Mec.* 1977 ; 25 : 790-7
12. Özarmağan S, Yücel T, Budak D, Bekem S. Duodenal ülser perforasyonlarında cerrahi tedavi. *İstanbul Tıp Fak Mec.* 1984 ; 47 : 132-8.
13. Dorken N. Mide ve duodenum perforasyonları, *Anadolu Kliniği.* 1974 ; 14 : 129-36.
14. Egemen E, Torun R. Mide ve duodenum perforasyonları. *Hastane* 1972 ; 26 : 43-51.
15. Konuralp HZ, Belgerden S, Arslan H. Gastro-duodenal ulkus perforasyonları ve tedavileri. *İstanbul Üniv Tıp Fak Mec.* 1967 ; 30 : 227-35.
16. Melchior E, Yener N. Gastro-duodenal ülser delinmelerinin cerrahi neticeleri hakkında. *İstanbul Üniv Tıp Fak Mec.* 1943 ; 6 : 2919-26.
17. Tokar B. Mide ve onikiparmak barsağı karhalarına ait vakalarımız. *Türk Tıp Cemiyeti Mec.* 1935 ; 2 : 46-57.
18. Alhan E, Bilgin N, Hersek E, Haberal, Seyrek I, Sanaç Y. Peptik ülser perforasyonları, 104 olgunun incelenmesi. *Hacettepe Tıp Fak Cer Bült.* 1983 ; 16 : 153-60.
19. Arslan Ü, Akköse E, Yalman H. Peptik ülser perforasyonları ve tedavileri. *Göztepe Hastn Tıp Bült.* 1988 ; 3 : 228-34.
20. Ayral MN, Karahüseyinoğlu E, Baykan A, Oygür N. Duodenum Ülser Delinmeleri (71 vakanın incelenmesi). *Ankara Üniv Tıp Mec.* 1881 ; 34 : 1-10.
21. Canbeyli B, Duman A, Ipekçi F, İldız N. Gecikmiş ulkus duodeni perforasyonlarında vagotomi ve piloroplasti ameliyatı. *Diyarbakır Üniv Tıp Fak Derg.* 1982 ; 9 : 47-53.
22. Christiansen J, Anderson OB, Bonnesen T, Baekgaard. Perforated duodenal ulcer managed by simple closure and proximal gastric vagotomy. *Brit J Surg.* 1987 ; 74 : 186-7.
23. Duman A, Tireli M, Sur A. Gastroduodenal Ülser Delinmeleri. *Diyarbakır Üniv Tıp Fak Derg.* 1974 ; 3 : 701-8.
24. Ezici H, Bulanalp Ş, Çahan D. Duodenal Ülser Perforasyonlarında acil trunka vagotomi ve piloroplastinin yeri. *Çukurova Üniv. Tıp Fak Derg.* 1977 ; 2 : 60-5.
25. Genç FA, Kurdoğlu M, Belgerden S, Türel Ö. Duodenal ulkus perforasyonlarında cerrahi risk faktörleri (345 olgunun incelenmesi) *Çağdaş Cer Derg.* 1991 ; 5 : 21-4.
26. Gürgen T, Tözen M. Mide ve duodenum ülser perforasyonları (173 perforasyon vakasının değerlendirilmesi) *Cerrahpaşa Tıp Bült.* 1971 ; 4 : 361-9.
27. Insel H. Perforasyonlarda primer rezeksiyon. *Haseki Tıp Bült.* 1968 ; 6 : 467-9.
28. Kaya A, Baykan A, Er M, Çetinkaya Ü. Vagotomy and simple layer pyloroplasty for perforated duodenal ulcer. *J Ankara Med School.* 1989 ; 11 : 361-9.
29. Korucu B. Delinmiş duodenum ülserlerinde Primer sütürün değeri. *Ankara Tıp Mec.* 1982 ; 35 : 203-308.
30. Mentş A, Yetkin E. Duodenal Ülser perforasyonlarında primer sütür ile birlikte poretal hücrelerin vagotomisi. *Ege Üniv Tıp Fak Derg.* 1982 ; 21 : 1011-7.

31. Menteş A, Akyıldız M, Solak I, Savaşçı B, Sözbilen M. Duodenum ülseri perforasyonunun cerrahi tedavisinde alternatifler. *Ege Üniv Tıp Fak Derg.* 1986 ; 25 : 241-5.
32. Menteş A, Yetkin E, Özbal O, Sökmen S. One to ten year follow-up Primary Closure and parietal wall vagotomy for perforated duodenal ulcer. *Med J Ege Üniv.* 1991 ; 1 : 30-33.
33. Nemanich GJ, Nicoloff PM. Perforated duodenal ulcer: Long-term follow-up *Surgery*: 1970 ; 67 : 727-34.
34. Kayabalı I, Hiçsönmez A. Delinmiş mide ve duodenum ülserinin tedavisi (122 vaka münasebetiyle) *Dirim.* 1985 ; 33 : 52-6.
35. Köksoy F, Soybir G, Özçağman D, Yalçın D, Aker Y. Duodenal ülser perforasyonlarında risk faktörleri: Prognostik APACHE II ve MANNHEIN indeksleri, *Ulusal Cer. Derg.* 1992 ; 8 : 39-44.
36. Shackelford RT, Zuidema GD. *Surgery of the Alimentary Tract*, Philadelphia: WB. Saunders Comp. 1981 ; 251-69.
37. Horowitz J, Kukora Js, Ritchie WP. All perforated ulcers are not alike *Ann Surg* 1989 ; 209 : 693-7.
38. Booth RAD, Williams J.A. Mortality of perforated duodenal ulcer treatment by simple suture. *Brit J Surg.* 1971 ; 58 : 42-5.
39. Gray JG, Roberts AK. Definitive emergency treatment of perforated duodenal ulcer. *Surg Gynec Obstet* 1976 ; 143 : 890-4.
40. Boey J, Lee NW, Wong J, Ong GB. Perforations in acute duodenal ulcers. *Surg Gyn Obst* 1982 ; 155 : 193-6.
41. Fromm D. Peptic Ulcer (Ed. Cameron JL. *Current Surgical Therapy*) Toronto: BC. Ducker Inc ; 1989 : 58-60.
42. Boey J, Wang J. A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. *Ann Surg.* 1982 ; 195 : 265-9.
43. Boey J, Lee NW, Koo J, Lam PHM, Wong J. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcers. A prospective controlled trial. *Ann Surg.* 1982 ; 196 : 338-42.
44. Bornnman PC, Theodoru NA- Jeffery PC et al. Simple closure of perforated duodenal ulcer. A prospective evaluation of a conservative management policy. *Brit J Surg.* 1990 ; 77 : 73-5.
45. Kirtpatrick JR. The role of definitive surgery in the management of perforated duodenal ulcer disease. *Arch Surg.* 1975 ; 110 : 1016-20.
46. Rees JR Swann KG, Thorbjarnson B. Perforated duodenal ulcer. *Am J Surg.* 1970 ; 775-9.
47. Tanphyphat G, Tanprayoon, Thalang A. Surgical treatment of perforated duodenal ulcer. A prospective trial between simple closure and definitive surgery. *Brit J Surg* 1985 ; 72 : 370-2.
48. Sawyer JL, Herrington JL. Perforated duodenal ulcer managed by proximal gastric vagotomy and suture plication. *Ann Surg.* 1977 ; 185 : 656-9.
49. Smith L, Leehan PJ. Definitive operations for perforated duodenal ulcer. *Surg Gynec Obstet* 1969 ; 129 : 465-9.
50. Yaycıoğlu A, Onat M, Özbal O. 24 Mide duodenum perforasyonu üzerinde inceleme (Belirtiler ve Tedavi yönünden) *Ankara Üniv Tıp Fak Mec.* 1968 ; 6 : 467-9.
51. Boey J, Wong J, Ong GB. Bacteria and septic complications in patients with perforated duodenal ulcers. *Am J Surg.* 1982 ; 143 : 635-8.
52. Tuncer Ü, Özarmağan S, Bozfakioğlu Y, Gökşen Y. Delinmiş ülserlerini tedavisinde primer sütür proksimal gastrik vagotomi (PGV)'nin yeri. *Ulusal Cer Derg.* 1987 ; 3 : 29-31.
53. Kurzweg F, Danna SJ, Daroz PB, Williamson JW. The Management of perforated duodenal ulcer. *Surg Gynec Obstet.* 1972 ; 135 : 365.
54. Harbrecht J, Hamilton JE. Vagotomy and emptying procedure in the treatment of acute perforated duodenal ulcer. *Arch Surg.* 1962 ; 85 : 682-7.
55. Feliciano DV: Do perforated duodenal ulcers need on acid decreasing surgical procedure now that omeprazole is available. *Surg Clin North Am.* 1992, 72 ; (2) : 369-80.
56. Yüzer Y, Tavusbay C, Çeviker H, Akyıldız M, Korut M, Menteş A. Duodenum ülser perforasyonlarında mortalite ve mortaliteyi etkileyen faktörler : H2 reseptör blokerlerin öncesi ve sonrası. *Ulusal Cer. Derg.* 1993 ; 9 : 187-93.
57. Schein M, Gecelter G, Freinkel Z, Grending H. APACHE II in emergency operations for perforated ulcers *Am J Surg.* 1990 ; 159 : 309-13.
58. Taşkiran N. Cerrahi Makaleler Bibliyografyası (1849-1966) İstanbul : Son Telgraf Matb. 1968 ; 254-90.

EDİTÖRÜN NOTU

Konuya ilişkin yerli çalışmalardan elimize geçenleri kullanıcıların yararına sunuyoruz.

1. Alemdaroğlu K. Delinmiş duodenal ülserlerinde acil vagotomi+piloroplasti. *Türk Tıp Cem Mec* 1970 ; 9 : 37: 2-8.
2. Çağlıkülekçi M, Taviloğlu K, Belgerden S, Tanırğan F. Duodenal ülser perforasyonlarında mortalite ve morbiditenin multifaktöryel analizi: 485 olgu. *Cer Tıp Bült* 1994 ; 3 (2) : 100-2.
3. Altun H, Kayıkçı ÖF, Taşan İ. Duodenal ülser perforasyonlarının tedavisinde vagotomi+piloroplastinin yeri: 49 olgu. *SSK İstanbul Tıp Derg* 1994 ; 10 (4) : 254-6.
4. Seven R, Mercan S, Özarmağan S, Budak D. Duodenal ülser perforasyonlarının laparoskopik yöntemle tedavisi. *Ulusal Cer Derg* 1994 ; 10(4) : 254-6.
5. Taşçı İ, Tekelioğlu MH, Altınlı E, Yavuz N. Duodenal ülser perforasyonu nedeniyle müraaat eden hastalara acil şartlarda Trunküler vagotomi+Heinecke-Mikuliciz piloroplasti uygulaması ve erken sonuçları: 23 olgu. *Göztepe Tıp Derg* 1995 ; 10 : 4-6.