

Kapalı Peptik Ülser Perforasyonunda Metilen Mavisini Kullanımı: Olgu sunumu

Metilen Blue Usage For The Closed Peptic Ulcer Perforation: A Case Report
Genel Cerrahi

Başvuru: 27.10.2014
Kabul: 12.11.2014
Yayın: 03.12.2014

Serdar Kırmızı¹, Fatih Gönültaş², Hüsametdin Bayraktar¹, Volkan İnce³

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

² Ergani Devlet Hastanesi

³ İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

Özet

Akut karın olgularının yaklaşık %5'ini peptik ülser perforasyonu (PÜP) oluşturur ve bunlarda kapalı perforasyon görülme sıklığı oldukça az olup literatürde kesin bir oran belirtilmemiştir. Peritonite sebep olmadığı sürece tanı koymak zor olduğu gibi kapalı perforasyon tedavisi cerrahi ya da medikal izlem şeklinde gerçekleştirilebilmektedir. Gastrointestinal sistem cerrahisinde sıklıkla kullanılan metilen mavisini, merkezimizde de perforasyon yerinin tespitinde ya da anastomoz sonrası kaçak testi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Başvuru anında akut karın bulgusu olmayan 54 yaşındaki erkek hastada 2 günlük izlem sonrası akut karın gelişti ve ameliyata alındı. Ameliyatta safıralı, fibrinli, kirlili içerik saptanan hastaya peroperatif nazogastrik kateterden metilen mavisini verilerek perforasyonun lokalizasyonunu saptanıp, modifiye Graham onarımı ile başarılı şekilde tedavisi sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kapalı perforasyon, Metilen mavisini

Abstract

Peptic ulcer perforation is the cause of approximately 5 % of acute abdomen cases. Closed perforation incidence in these patients, is quite rare and there is no certain reports in the literature. It's difficult to diagnose unless peritonitis occurrence. The management of closed perforation treatment can be made by operative or non operative. We frequently use the metilen blue which have been widely used on gastrointestinal tract surgery for localization of perforation or anastomosis leakage test in our centre, too. We present a 54 year-old man patient with no findings of acute abdomen on applying time and he performed acute abdomen on following second day. So emergency laparotomy performed and bilious, with fibin, dirty content were seen during the operation and perforation localized with administration of metilen blue from nasogastric tube.

Keywords: Closed perforation, Metilen blue

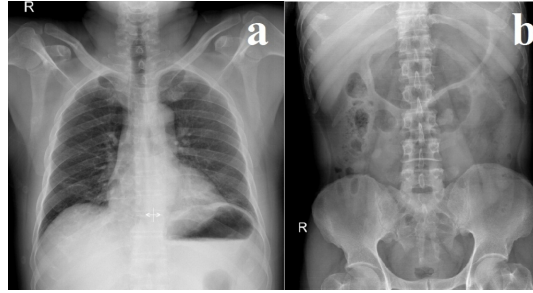
Giriş

Son zamanlarda helicobacter pylori eradikasyon tedavisi sayesinde, komplike olmayan peptik ülser (PÜ) hastalığının insidans ve prevalansında azalma olmasına karşın, aynı azalma kanama, perforasyon ve obstrüksiyon gibi komplikasyonlarında görülmemektedir¹. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, PÜP'ün (%2-10), kanama ve obstrüksiyondan daha sık görüldüğü ve PÜ ilişkili ölümlerin %70'den fazlasını oluşturduğu bildirilmektedir¹. Hayatı tehdit eden bu komplikasyonda tanı çoğunlukla tahta karın gibi fizik muayene bulgusu ve direkt grafilerde tesbit edilen diyafragma altında serbest hava görüntüsüyle kolayca konulabilir. Ancak bazen klinik muayenede ve radyolojik görüntülemelerle tesbit edilemeyen kapalı perforasyonlarla karşılaşılabilir. Bu çalışmanın amacı, intraoperatif perforasyon şüphesi oluştuğunda ve perforasyon odağının bulunamadığı güç durumlarda, metilen mavisini kolaylıkla ve güvenle kullanılabileceğini hatırlatmaktır.

Olgu Sunumu

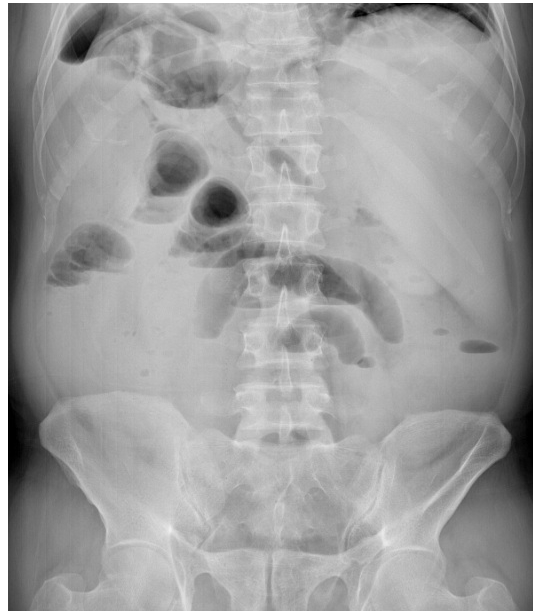
Sorumlu Yazar: Volkan İnce, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
Fak. Genel Cerrahi AD.
volkanince@outlook.com

Elli dört yaşında erkek hasta, acil servise 5-6 saatlik karın ağrısı, nefes darlığı ve ishal öyküsüyle başvuruyor. Karın muayenesinde sol alt kadranda ve lomber bölgede hassasiyet mevcuttu. Defans ve rebound yoktu. Hastanın laboratuvar, tam idrar tetkiki, radyolojik görüntüleme tetkikleri olağandı (Şekil 1).



Şekil 1 :Başvuru anındaki a)Akciğer grafisi b)ADKG

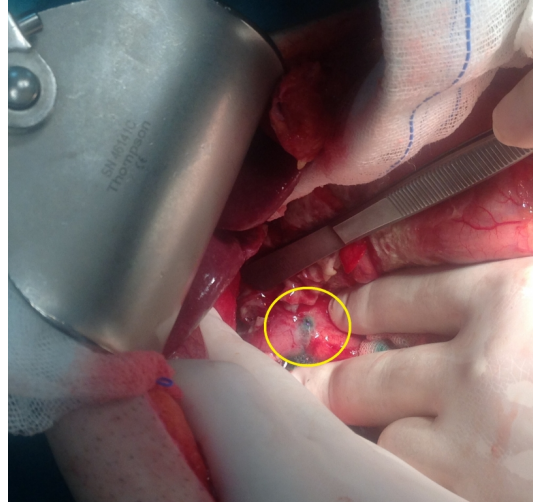
Hastanın nefes darlığı nedeniyle çekilen dinamik toraks tomografisinde patoloji görülmedi. Karın ultrasonografisinde koledokun 8mm ölçülmesi dışında patoloji saptanmayan hastaya tüm abdomen tomografisi çekildi. Karın tomografisinde pelviste minimal asit karakterde mayi saptandı. Şikayeti devam eden hasta gastroenterit ön tanısıyla yatırılarak medikal tedaviye başlandı ve izlem altına alındı. İntravenöz hidrasyon, analjezik (non-steroid antiinflamatuvar) ve spasmolitik tedavi uygulandı. Gaita mikroskopisi çalışılarak, yoğun lökosit görülmesi üzerine tedaviye metranidazol eklendi. Yatışının 2. gününde karın ağrısı yaygınlaştı, konstipasyon başladı ve lökositoz gelişen hastada ayakta direkt karın grafisinde ileus tablosunun görülmesi üzerine laparotomi kararı verildi (Şekil 2).



Şekil 2 : Yatışının 2.günde ADKG

Kısmi göbek üstü ve kısmi göbek altı kesi ile karına girildi. Ameliyat sırasında ince bağırsaklarda yaygın dilatasyon olduğu görüldü. Pelviste, parakolik alanlarda fibrinli, sarı renkli, kirli serbest sıvı mevcuttu. Aspire

edildi. İnce bağırsaklar ve kolonda patoloji saptanmadı ve kesi ksifoide uzatıldı. Mide ve çevre dokularda yoğun fibrinli psödomembran mevcuttu. Perforasyon odağı saptanamadı. Gastrokolik ligament açıldı, mide poterioru olağandı, Kocher manevrası yapıldı ve duodenum posterioru normaldi. Bunun üzerine hastanın nazogastrik kateterinden 100 ml steril metilen mavisi anestezi tarafından verildi. Duodenum 1. kısımda 2-3 mm'lik küçük bir perforasyon odağı saptandı (Şekil 3).



Şekil 3 : Peroperatif nazogastrik kateterden metilen mavisi verildikten sonra duodenum 1. kıta ön yüzde saptanan perforasyon alanı (Sarı daire ile işaretli alan).

Perforasyon, modifiye Graham yöntemiyle başarılı bir şekilde onarıldı. Hastanın ameliyat sonrası sorunsuz seyretti ve hasta 5. günde herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç

Peptik ülser hastalığının insidansı son yıllarda azalmasına rağmen peptik ülser komplikasyonlarında bir düşme olmamıştır². Peptik ülser perforasyonu (PÜP), ülser hastalığının ikinci en sık karşılaşılan komplikasyonu olup ve geç teşhis durumunda morbiditesinde ve mortalitesinde önemli artış olabilen acil cerrahi müdahale gerektiren bir durumdur. Bazı yayınlarda hastaların üçte birinde ani başlayan karın ağrısı, karında yaygın hassasiyet, defans ve tahta karın gibi tipik perforasyon bulgusu vermediği belirtilmektedir^{3,4}. Böyle durumlarda laboratuvar ve radyolojik tetkikler tanıda yardımcı olmaktadır. Hastamızda başvuru anında akut karın bulguları yoktu ve radyolojik değerlendirmelerden röntgende, diyafragma altı serbest hava saptanmadı, ultrasonografide serbest mayi gözlenmedi. Yani başvuru anında görüntüleme yöntemleri yetersiz kaldı. Literatürde de radyolojik olarak X-ray görüntüleme, direkt karın ve akciğer grafisinin duyarlılığı %30-85 olup oldukça geniş bir aralıktadır⁵. Ultrasonografi, direkt grafilerden daha duyarlı olmakla birlikte en duyarlı görüntüleme %70-98 ile bilgisayarlı tomografidir³. Ancak altın standart tanı yöntemi olarak laparotomi günümüzde yerini korumaktadır⁶.

Hastamızda da yatışının 2. günü fizik muayenede peritonit geliştiği için acil cerrahi tedavisi uygulanarak tanı konulmuştur.

Bazı olgularda laparotomide PÜP'unda olması beklenen yaygın gastrointestinal içeriğin olmaması, perforasyon odağının saptanamaması gibi güç durumlar yaratabilmektedir.

İntraoperatif perforasyon odağı saptanamadığında, Kocher maverası ve gastrokolik ligment açılarak mide ve

duodenum incelenmelidir. Bu tür işlemlere rağmen saptanamayan durumlarda, kapalı PÜP tanısını koymada veya dışlamada cerrahi bir çok prosedürde, oldukça yaygın kullanılan, ucuz elde edilebilen ve düşük maliyeti olan metilen mavisi uygulanabilir. Hastamızda karın içi fibrinli kirli içerik olduğu için perforasyon odağı aradık. Gastro kolik ligament açıldı ve Kocher manevrası ile duodenum ve mide incelendi, patoloji saptanmadı. Ancak metilen mavisi nazogastrik kateterden verildikten sonra duodenum 1. kısım ön yüzdeki perforasyon saptandı ve onarıldı.

Sonuç

Kapalı ülser perforasyonu geç dönemde akut batın bulgusu oluşturabilir. İntraoperatif şüphe durumunda metilen mavisi uygulaması ile PÜP tanısı koyulup, lokalizasyonu saptanabilir.

Kaynaklar

1. Güzel H, et al. Peptic ulcer complications requiring surgery: what has changed in the last 50 years in Turkey. Turk J Gastroenterol. 2014; 25 (2): 152-5.
2. Wysocki A, Budzynski P, Kulawik J, Drożdż W. Changes in the localization of perforated peptic ulcer and its relation to gender and age of the patients throughout the last 45 years. World J Surg. 2011; 35: 811-6.
3. Thorsen K, et al. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. J Gastrointest Surg. 2011; 15: 1329-35.
4. Suriya C, Kasatpibal N, Kunaviktikul W, Kayee T. Diagnostic indicators for peptic ulcer perforation at a tertiary care hospital in Thailand. Clin Exp Gastroenterol. 2011; 4: 283-9.
5. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg. 2010; 27: 161-9.
6. de Rijk NX, Sanders FB, Boereboom FT, Haas LE. Is there free air in the abdomen? A false impression of a pneumoperitoneum. Neth J Med. 2014; 72 (4): 228-32.