Karadeniz Tıp Dergisi 6 : 3, 1993

ALKAKEN REFLÜ GASTRİT

M. Faik ÖZÇELİK* Yusuf ÇİÇEK* Salih PEKMEZCİ** Vedat DURGUN*
M. Hakan TEKELİOĞLU**

ÖZET

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1987 - 1992 yılları arasında 43 alkalen reflü gastriti vakasına cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Olguların 19'u kadın, 24'ü erkek, yaş ortalamaları 42.5 idi.

İlk ameliyat olarak 19 olguya bilateral trunkal vagotomi + gastrojejunostomi (BTV + GJ), 11'ine BTV + Piloroplasti (P), 6'sına BTV + Billroth II, 5'ine Billroth II ve 2'sine BTV + Billroth I uygulandığı tespit edilmiştir.

Olguların % 70'ine 2 - 6 yıl sonra rekonstrüksiyon ameliyatı yapılmıştır. Tüm olgularda Roux - Y şeklinde rekonstrüksiyon uygulanmıştır.

Postoperatif erken dönemde tüm olgularda klinik şikayetler kaybolmuştur. Takip edilebilen olgularda postoperatif 3. yılındaki 2, 4. yılındaki 1 ve 5. yılındaki 2'sinde epigastrik ağrı ve bulantı şikayetleri tespit edilmiştir.

***Anahtar Kelimeler** : Alkalen Reflü Gastrit, Roux - Y Ameliyatı*

SUMMARY

Alkaline reflux gastritis

During the period of 1987 - 1992, 43 alkaline reflux gastritis cases have been treated at the department of general surgery in the Cerrahpaşa Medical Faculty of İstanbul University. 19 of the cases were female, the mean age was 42.5.

The first operations applied were bilateral truncal vagotomy + gastrojejunostomy (BTV + GJ) in 19 cases, BTV + Piloroplastie (P) in 11 cases, BTV + Billroth II in 6 cases, Billroth II in 5 cases and BTV + Billroth I in 2 cases.

To the 70% of the cases reconstructive surgery have been applied after 2 - 6 years. In all cases, Roux - Y operations was applied.

In all the cases any clinical complain was no found during the early postoperative period. In the cases which can be foolwed, complains arising from the epigastric pain and nausea were observed in 2 cases after 4 years and in 2 cases after 5 years.

***Key Words** : Alkaline Reflux Gastritis, Roux - Y Operation.*

Pılor mekanizmasını bozan mide ameliyatlarından sonra gelişen epigastrik ağrı ile safralı kusma şikayetleri mide cerrahisinin başlangıcından beri süregelen problemlerdir. 1881'de Wolfler gastrojejunostomi sonrası oluşan safralı kusmayı tarif etmiştir.

Billroth 1885'te mide rezeksiyonunu takiben bu tablonun gelıştiği bir vakasını bildirmiştir. Uzun yıllar etiyolojide kronik afferent ans sendromu sorumlu tutulmuştur [1,2]

1965'te Toye ve Williams, bu inanışa karşıt olan iki gözlemlerini bildirdiler. Billroth II tipi gastrektomi yapılmış olan hastalarında bakiye mideye hastanın kendi duodenal mayisini infüze ederek safralı kusma oluştuğunu ve bu sırada afferent ansda sıvı toplanmadığı ve loopta obstrüksiyon olmadığını gözlemlediler. Hastaya duodenal mayii mideden uzaklaştırmak için izoperistaltik izole jejunum ansı interpozisyonu yapılmasından sonra şikayetlerinin ortadan kalktığını bildirdiler [3] Daha sonraki yıllarda aynı şikayetlerin Billroth I tipi gastrektomi ve piloroplastiden sonra da gelıştiği ortaya çıkmıştır.

Alkalen reflü gastrit en sık Billroth II tipi mide rezeksiyonlarından sonra görülür. Billroth I tipi mide rezeksiyonları ile trunkal vagotomi + drenaj ameliyatlarından sonra daha az sıklıkla gelişmektedir [4]. Alkalen reflü gastritin kesin insidensi bilinmemekle birlikte tüm mide ameliyatı geçiren hastaların % 3'ünden azında oluştuğu sanılmaktadır [5].

Son 20 yılı aşkın süredir literatürde bakiye mideye olan aşırı duodenal mai reflüsünün alkalen reflü gastrite neden olduğuna dair ayrıntılı deneysel ve klinik çalışmalar yapılmıştır. Peptik ülser cerrahisi sonrası ortaya çıkan alkalen reflü gastrit bu gelişmelere paralel olarak klinikte daha sık karşılaşılan bir tablo olmuştur.

MATERYEL ve METOD

Bu çalışmada, 1987 - 1992 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda teşhis edilen ve cerrahi tedavileri yapılan alkalen reflü gastrit vakalarının retrospektif analiz-

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanı, İstanbul
** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

leri yapılmıştır. Olgular yaş, cins, ilk ameliyatlarının türü, semptomlar ve ortaya çıkış zamanları, teşhis yöntemleri ve uygulanan cerrahi tedavileri açısından değerlendirilmiş olup, olguların uzak sonuçlarını takip edebilmek amacıyla hazırlanan formlar gönderilerek cevaplandırmaları istenmiştir.

Elde edilen sonuçlar ilgili literatür ile karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

1987 - 1992 yılları arasında kliniğimizde 43 alkalen reflü gastrit olgusu cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Hastaların 19'u kadın (% 44), 24'ü erkek (% 56) idi. Yaş ortalaması 42.5 olup, cinslere göre kadınlarda 40.5, erkeklerde 44 olarak tespit edilmiştir.

Olguların hepsinde alkalen reflü gastrite özgü yakınmalar mevcuttu. Antasidlerle geçmeyen epigastrik ağrı ve safralı kusma olguların hepsinde görülen ortak şikayetleri oluşturuyordu. Bu yakınmalara ilave olarak, epigastrik dolgunluk hissi, iştahsızlık ve kilo kaybı kaydedilen diğer semptomlardı (Tablo 1).

Tablo 1. Olgularda bulunan klinik şikayetler

Klinik şikayetler	% Oranı
Antasıdlerle geçmeyen epigastrik ağrı	100
Safralı kusma	100
Epigastrik dolgunluk hissi	82
İştahsızlık	80
Kilo kaybı	48

İlk operasyonların, 19 olguda bilateral trunkal vagotomi + gastrojejunostomi (BTV + GJ), 11'inde BTV + piloroplasti, 6'sında BTV + Billroth II, 5'inde Billroth II ve 2'sinde ise BTV + Billroth I olduğu tespit edildi.

Semptomların ortaya çıkması nedeniyle ikinci ameliyat gereken hastalarda iki ameliyat arasındaki süre incelendiğinde en kısa süre iki yıl, en uzun süre 15 yıl olarak tespit edildi. Olguların % 70'inde 2 - 6 yıl sonra rekonstrüksiyon ameliyatı yapılmıştır. Olgularda iki ameliyat arası süre ortalama olarak Billroth II tipi rezeksiyonlarda 4.5 yıl, piloroplasti yapılanlarda ise 6.5 yıl bulunmuştur.

Bütün hastalara radyolojik ve gastroskopik tetkikler yapılmıştır. 10 hastaya ilaveten sintigrafik tetkik yapılmıştır. Genel olarak radyolojik tetkikte peristomal mukozada belirgin olmak üzere ödem, kalınlaşma, gastroskopide safra reflüsü, hiperemi ve kolay kanama tespit edilmiştir. Sintigrafik tetkik yapılan olguların hepsinde safra reflüsü olduğu tespit edilmiştir.

İlk ameliyatlarında vagotomi yapılmayan 5 hastaya BTV, 30 hastaya da parsiyel gastrektomi yapılarak, tümünde Roux - Y şeklinde rekonstrüksiyon yapılmıştır.

Postoperatif dönemde 6 olguda yara enfeksiyonu gelişmiştir, mortalite yoktur. Uzak takipleri yapılan 28 olgudan 1. yılda olan 7, 2. yılda olan 8'inde hiçbir şikayet olmadığı tespit edilmiştir. Üçüncü yılındaki 6 olgunun 2'sinde, 4. yılındaki 4 olgunun 1'inde ve 5. yılındaki 3 olgunun 2'sinde epigastrik ağrı ile bulantı şikayetlerinin olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Alkalen reflü gastritin etyolojisinde pilor mekanizmasının bozulması sonucunda duodenal içeriğin mideye reflüsü sorumlu tutulmaktadır. Alkalen reflüsü bulunan bazı hastalarda endoskopik bulguların normal olması, bazen de klinik şikayetleri olmayanlarda endoskopik ve histolojik gastrit bulguları bulunması ile safra asitlerini bağlayıcı ajanlar ve safrayı uzaklaştırıcı operatif yöntemlerin tedavide başarısız olmaları muhtemel ek patojenik faktörleri düşündürmektedir. Bu ek patojenik faktörler mide motilitesi bozuklukları, sekonder safra asitlerinin toksik etkileri ile safra reflüsünün miktarındaki farklılıklardır [6]. Alkalen reflü gastritli olguların çoğunda klinik şikayetler ile endoskopik ve histolojik bulgular uyum göstermektedir.

Enterogastrik reflü midedeki mukozal bariyeri yıkarak, foveolar hiperplazı ve glandların kistifikasyonu ile karakterize özel bir gastrite sebeb olur [1,7]. Yetersiz drenaj yapılan trunkal vagotomilerden sonra da staza bağlı olarak alkalen reflü gastrit gelişebilmektedir [8]. Uzun süreli safra reflüsünün karsinomatöz değişikliklere neden olabileceği bildirilmiştir [9].

Peptik ülser nedeniyle opere edilen hastalar içerisinde reflü proksimal gastrik vagotomide, parsiyel gastrektomi ve bilateral trunkal vagotomi + drenaja göre en az miktarda olmaktadır [10]. Olgularımızda alkalen reflü gastrite neden olan ilk operasyonlar; 19 olguda BTV + GJ, 11'inde BTV + P, 6'sında BTV + B II, 5'inde B II ve 2'sinde BTV + B I olarak tespit edilmiştir.

İlk operasyon ile alkalen reflü gastrit nedeniyle operasyon gerektiren semptomların ortaya çıkması arasındaki süre birkaç haftadan 20 ila 45 yıla kadar değişiklik gösterebilmektedir. Bu süre, B II tipi rezeksiyonlarda en kısa, gastrojejunostomi veya piloroplasti yapılanlarda daha uzundur [11,12]. Olgularımızda iki ameliyat arası süre ortalama olarak B II tipi rezeksiyonlarda 4.5 yıl, GJ yapılanlarda 5 yıl, piloroplasti yapılanlarda 6.5 yıl olarak bulunmuştur.

Klasik semptomlar olarak gıda alımı ile artan devamlı yanma tarzında epigastrik ağrı, safralı ve içinde sindirilmiş gıda olan kusmadır. Kusmalar ağrıyı hafifletse bile, ağrı tam olarak geçmemektedir. Bu bulgu afferent ans sendromu ile ayırıcı bir özelliktir [1]. Kilo kaybı, hipokrom mikrositer anemi, erken postbrandial Dumping belirtileri, hipoklorhidri, endoskopik gastrit, histolojik gastrit ise daha az sıklıkla birlikte olan belirtilerdir. Bizim olgularımızda semptomlar sıklık sırasına göre, antasidlerle geçmeyen epigastrik ağrı ve safralı kusma (% 100), epigastrik dolgunluk hissi (% 82), iştahsızlık (% 80) ve kilo kaybı (% 48) olarak bulunmuştur. Olgularımızın % 62'sinde huzursuzluk ve sıkıntı hissi bulunduğu da gözlenmiştir.

Alkalen reflü gastrite ait şikayetlerle başvuran hastalarda semptomlar iyi değerlendirilip ayırıcı tanıya gidilmelidir. Özellikle kolelithiasis, nüks ülser, afferent ans sendromu, efferent ansda obstruksiyon ve idiopatik gastroparesis elimine edilmelidir [13].

Radyolojik tetkikler, daha önceki ameliyata ait belirtileri, anastomozun kolonlara göre pozisyonunu, varsa dilate afferent ansı aramada ve efferent ans obstruksiyonunu göstermede faydalı olurlar. Ultrasonografi safra kesesi, safra yolları ve pankreası değerlendirmede faydalıdır.

Alkalen reflü gastritin teşhisinde endoskopik tetkiklerin önemi büyüktür. Tanı için öncelikle yapılması gerekenler özofagus, mide ve anastomozun endoskopik tetkiki ile mideden biopsiler alınmasıdır. Gastroskopide mide mukozasının görünümü karakteristiktir. Mukoza eritematöz ve frajildir, endoskopun teması ile kolayca kanar. Arada atrofik alanlar bulunan yüzeyel erozyonlar ile bunların arasında submukozal damarlar görülebilir. Bu mukoza değişiklikleri diffüzdür, afferent ans sedromunda ise stoma çevresinde sınırlıdır. Biyopsi materyelinin histopatolojik tetkikinde ise, parietal şef hücrelerin kaybı, yüzeyel mukoza ülserleri, kanama, atrofi ve lenfosit infiltrasyonu ile birlikte kronik iltihap bulunur [1]. Endoskopik olarak gastritis hali görülen bazı hastalarda semptomların bulunmadığı, bazı hastalarda ise endoskopik ve histolojik bulguların uyuşmadığı gözlenmiştir [14,15]. Bazı olgularda ise, histolojik gastrit ile mukozal hipereminin şiddeti arasında bağlantı olmadığı gözlenmiştir [16]. Roux - Y tipi diversiyonu takiben mukozal hipereminin ortadan kalkmasına rağmen, histolojik görünümün değişmediği de bildirilmiştir [16].

Tanıda duodenogastrik safra reflüsünün sintigrafik olarak gösterilmesi de yararlıdır. Safra reflüsünün miktarının belirlenmesi sintigrafik yöntemden daha sensitif neticeler veren bir tanı yöntemidir [13]. Sintigrafi ile safra reflüsü varlığı araştırılan 10 olgumuzun hepsinde reflü varlığı tespit edilmiştir. Nazogastrik entübasyon ile yapılan safra reflüsü miktarı belirlenmesi olgularımızda uygulanmamıştır.

Tanıda ilave olarak kullanılabilecek bir metod da otolog intestinal muhteva veya 0.1 N sodyum hidroksit ile yapılan provokatif testtir [12]. Bu test olgularımızda uygulanmamıştır.

Alkalen reflü gastritli hastalara başlangıçta tıbbi tedavi uygulanmalıdır. Alüminyumlu antasitlerle epigastrik ağrılar azalabilir, ayrıca bu ilaçlar safra tuzlarını bağlayıcı etki de gösterirler. Kolestiramin ile tatmin edici netice elde edilememiştir. Metoclopramide, reflü materyelinin temizlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Son yıllarda ursodeoksikolik asit tedavisinin (1000 mg/gün, per oral) epigastrik ağrı, yanma, bulantı ve kusmanın frekansı ile şiddetini azalttığı bildirilmektedir. Burada, reflü maiindeki birleşim değişmesinin, özellikle de daha zararlı etkileri olan sekonder safra asitlerinin oranlarındaki azalmanın etkili olduğu düşünülmektedir [13]. Hastalardaki anemi ve protein eksikliği için de destek tedavisi yapılıp, yağda eriyen vitaminler verilmelidir. Tıbbi tedavi, şiddetli şikayetleri olmayan hastalarda başarılı olabilmektedir. Tıbbi tedaviye rağmen şiddetli ağrı, devamlı kusma ve zayıflaması olan hastalarda cerrahi tedavi endikasyonu vardır.

Cerrahi tedavide, duodenal içeriğin mideden uzaklaştırılmasını amaçlayan iki yöntem kullanılmaktadır.

Bunlar; 1) Mide ile duodenum arasına 10 - 25 cm'lik izoperistaltik jejunum ansı interpozisyonu (Henley - Soupault - Bucaille ameliyatı) ile, 2) Roux - Y tipi gastrojejunostomi ile duodenum muhtevasının 40 - 60 cm uzaklıkta jejunuma aktarılmasıdır [1,5,12,13].

Literatürdeki ameliyat sonuçlarının değerlendirilmesi sonucunda Roux - Y işleminin sonuçlarının daha iyi olduğu gözlenmektedir [1,17]. Henley - Soupault ameliyatı, Roux - Y işleminden daha güç ve risklidir. Günümüzde en çok tercih edilen yöntem Roux - Y işlemidir.

Uygulanacak cerrahi müdahalenin boyutlarını üç faktör belirlemektedir. Bunlar; a) Daha önce vagotomi yapılıp yapılmadığı, yapılmışsa tam olup olmadığı, b) Hastada mide boşalmasında gecikme olması, c) İlk ameliyattaki mide rezeksiyonunun yeterli olup olmadığıdır.

Preoperatif dönemde solid gıdaların boşalmasında gecikme olan hastalarda Roux - Y sendromundan kaçınmak için daha büyük müdahale olan anastomozun rezeksiyonu, % 80 - 90 gastrektomi ile uç - yan Polya tipinde gastrojejunostomi yapılmalıdır [13,18].

İlk ameliyatlarında vagotomi yapılmamış olan 5 hastaya BTV ile ilk ameliyatında rezeksiyon yapılmamış 30 hastaya da parsiyel gastrektomi yapılmıştır.

Roux - Y tipi GJ yapılan olguların hemen hepsinde sonuçlar iyidir. Devamlı olan epigastrik ağrı ve safralı kusmalar tüm hastalarda geçmektedir, bulantı ve kusma ise çoğunda olmamaktadır [12,17]. Uzun takipte epigastrik ağrı % 20 olguda, bulantı kusma ise 1/3 vakada tekrar ortaya çıkmaktadır, safralı kusma ise görülmemektedir. Olguların 2/3'ü en az 3 yıl boyunca şikayetsiz bir dönem geçirmektedirler [19].

Olgularımızın hepsinde erken dönemde semptomların kaybolduğu görülmüştür. Uzun takibi yapılabilen 28 olgudan 1. yılda olan 7, 2. yılda olan 8'inde hiçbir şikayet olmadığı tespit edilmiştir. 3. yılındaki 6 olgunun 2'sinde, 4. yılda olan 4 olgunun 1'inde ve 5. yılındaki 3 olgunun 1'inde epigastrik ağrı ile bulantı şikayeti tespit edilmiştir.

Alkalen reflü gastritten korunmak için, ilk ameliyatta pilor sfinkterini koruyan proksimal gastrik vagotomi gibi yöntemler tercih edilmelidir. Motilite bozukluğu olmayan olgularda ise, drenaj prosedürü olarak mümkünse Roux - Y tipi anastomozlar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Becker HD, Caspary WF: Postgastrektomi ve Postgastrektomi Sendromları. Çeviren: Yılmaz M, Menteş A. Güven Kitapevi. İzmir 1984.
2. Conyers JH, Hall RA: The use and abuse of the Roux en Y anastomosis in the relief of postgastrectomy symptoms. Br J Surg. 47:533,1960.
3. Toye DKM, Williams JA: Postgastrectomy bile vomiting. Lancet. 2 524,1965.
4. Dewar EP, Dixon MF, Johnston D: Bile reflux and degree of gastritis after highly selective vagotomy, truncal vagotomy and partial gastrectomy for duodenal ulser. World J Surg. 7:743,1983.
5. Ritchie WP, Perz AR: Postgastrectomy Syndromes. Surgical Treatment of Digestive Disease. Year Book Medical Publshers Inc. Chicago 1986, p.264.
6. Buskin FL, De Ford JW, Wickbom G: A clinical evaluation of postoperative alkaline reflux gastritis. Am Surg. 41:88,1975.
7. Davenport HV: Destruction of the gastric mucosal barrier by detergents and urea. Gastroeterology. 54:175,1968.
8. Davidson ED, Hersh T: The surgical treatment of bile reflux gastritis. A study of 59 patients. Ann Surg. 192:175,1980.
9. İnsel H, Göksoy E: Alkalen reflü gastrit. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi. 18:53,1987.
10. Minkari T, Alver O: Postoperatif alkalen reflü gastrit. Çağdaş Tıp Dergisi.
11. Drapanas T, Bethea M: Reflux gastritis following gastric surgery. Ann Surg. 179:618,1974.
12. Ritchie WP: Alkaline Reflux Gastritis : A Diagnosis in Search of a Disease? Progress in Gastromtestinal Surgery. Year Book Medical Publishers Inc. Chicago, London, Boca Raton 1989, p.241.
13. Ritchie WP: Alkaline Reflux Gastritis. In: Fischer JE: Common Problems in Gastrointestinal Surgery. Year Book Medical Publishers Inc. Chiago, London, Boca Raton 1989, p.136.
14. Boren CH, Way LW: Alkaline reflux gastritis : A reevaluation Am J Surg. 140:40,1980.
15. Hoare AM, Jones EL, Alexander-Williams J, et al: Symptomatic significance of gastric mucosal changes after surgery for peptic ulcer. Gut. 18:295,1977.
16. Malagelada JR, Philips SF, Higgins JA, et al: A prospective evaluation of alkaline reflux gastritis : Bile acid binding agents and Roux - Y diversion (Abstract). Gastroenterology. 76:1192,1979.
17. Fiore AC, Malangoni MA, Broadie TA, et al: Surgical management of alkaline reflux gastritis. Arch Surg. 117:689,1982.
18. Coppinger WR, Job H, DeLauro JE, et al: Surgical treatment of reflux gastritis and esophagitis. Arch Surg. 106:463,1973.
19. Ritchie WP Jr: Alkaline reflux gastritis : Late results on a controlled trial of diagnosis and treatment. Ann Surg. 203:537,1986.