

Dr. Tarık Z. NURSAL
Dr. Erhan HAMALOĞLU

YAŞLILARDA GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ

GASTROINTESTINAL
SURGERY
in the
ELDERLY

ÖZET

Yaşlılarda yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde ve organ sistemlerinde giderek artan bozukluklar olmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda cerrahi tedavi gerektiren durumlar daha az tolere edilmektedir. Gastrointestinal sistemde cerrahi tedavi gerektiren hastalıklar genelde yaşlanma sürecinin bir sonucudur. Cerrahi tedavideki amaç, yaşam süresini uzatmak ve bir o kadar önemli olan yaşam kalitesini korumaktır. Acil cerrahi girişim ve eşlik eden hastalıklar kronolojik yaştan daha önemli risk faktörleridir. Gastrointestinal sistemde, eşlik eden hastalıklar kontrol altına alındığında tüm cerrahi girişimler güvenle uygulanabilir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Gastrointestinal, Cerrahi, Eşlik eden hastalık, Emergency.

ABSTRACT

In the elderly, increasing dysfunction is observed at the cellular level and organ systems due to the aging process. The diseases which need surgical intervention are less tolerated in this population. The diseases in the gastrointestinal system are generally the result of the aging process itself. The aim of the surgical treatment is to prolong survival as well as to maintain the quality of life which is equally important. Emergency operation and comorbid diseases are more important risk factors than the chronological age for the out-come. In the elderly, gastrointestinal surgery can be performed safely if the comorbid diseases are well controlled.

Key Words: Elderly, Gastrointestinal, Surgery, Comorbid disease, Emergency intervention.

Geliş: 22.12.1999

Kabul: 11.01.1999

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı-ANKARA

İletişim; Dr. Tarık Z. NURSAL: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı-06100 Sıhhiye/ANKARA
Tel: (0312)3051676 e-mail: tznursal@ada.net.tr

GİRİŞ

Ülkemizde ve batı ülkelerinde yaşam kalitesinin yükselmesine bağlı olarak yaşlı insanların oranı giderek artmaktadır. Örneğin ABD'nde 2025 yılında 65 yaş üzeri insanların toplumun %25'ini oluşturacağı tahmin edilmektedir (16). Yaşlılarda yaşlanma sürecine bağlı olarak hücresel düzeyde ve organ sistemlerinde giderek artan bozukluklar olmaktadır. Bu nedenle yaşlılarda cerrahi tedavi gerektiren durumlar daha az tolere edilmektedir. Bunun nedeni genellikle tedavi gerektiren hastalığın yaşlanma sonucu gelişmesidir. Ayrıca artmış kronolojik yaş hastalığa bağlı yaşam süresinin azalmasına ve cerrahi morbidite ile mortalitenin artmasına yol açar. Ancak eşlik eden sistemik hastalıklar ve cerrahinin acil yapılması; sonucu, ileri yaşta daha fazla etkilemektedir.

Yaşlılarda cerrahi tedavinin amacı yalnızca yaşam süresini uzatmak olmamalıdır. Hastanın kendisine olan saygısını yitirmeden, başkalarına bağımlı kalmadan, ağrının dindirildiği tedavi; küratif olmasa bile eşit derecede önemlidir. Bu hedefler göz önüne alınarak cerrahi gastrointestinal sistem hastalıkları incelenmelidir.

ÖSOFAGUS

Yaş ilerledikçe ösofagus işlevlerinde bozulma gelişir. Bu, manometrik olarak peristaltik hareket gücünün azalması, artmış tersiyer kasılmalar, yetersiz üst sfinkter gevşemesi, azalmış alt sfinkter basıncı ve ösofagiye genişleme olarak tespit edilebilir (16).

Gastroösofagiye reflü yaş ilerledikçe artan bir hastalıktır. Semptomatolojik olarak dikkat edilmesi gereken midsternal ağrıdır. Bu, yaşlı hastalarda genellikle mevcut olan veya kuşulanılan koroner hastalığa bağlanır (3). Ancak yakınmalar kronik öksürük, bronşit ve pnömoni gibi atipik bulgularla ortaya çıkabilir. Antiasit ve prokinetik ajanlarla yapılan medikal tedaviye dirençli hastalarda Nissen funduplikasyon uygulanabilir. Eşlik eden hastalıkları kontrol altında olan yaşlı hastalarda sonuçlar başarılıdır.

Üst ösofagus sfinkterinin motilite bozukluğu sonucu sfinkterin altında mukoza prolapsusu ile Zenker divertikülü gelişir. İzole üst sfinkter bozukluğunda servikal ösofagomyotomi yeterlidir. Ancak eşlik eden gastroösofagiye reflü varsa üst sfinkter gevşeme bozukluğu asit iritasyonuna bağlı olabilir ve ilk önce bu sorun çözümlenmelidir.

Ösofagus kanseri tipik olarak yaşlı hastalıdır. Yüksek morbidite, mortalite ve düşük kür şansı nedeniyle ösofagus kanseri için yapılan rezeksiyonlar özellikle yaşlı hastalarda tartışılan bir konudur. Hem küratif hem palyasyon amaçlı ösofagus rezeksiyonu en iyi tedavidir. Transhiatal veya torasik yaklaşımla rezeksiyon seçimi hasta bazında değerlendirilmelidir. 80 yaşın üzerinde yapılan rezeksiyonlarda yaklaşık %70 mortalite bildirilmiştir. Ancak yeni çalışmalarda, postoperatif solunum komplikasyonları yaşlı hastalarda artmakla birlikte, mortalite belirgin artmamaktadır (16). Genel olarak eşlik eden kardiyak, solunum ve beslenme sorunları kontrol altına alınan yaşlı hastalarda

genç hasta grubu ile karşılaştırılabilir sonuçlar elde etmek mümkündür (4).

MİDE

Ösofagus aksine, midede yaş ilerledikçe mukozada değişiklikler gözlenir. Antrum mukozası küçülür ve antrum-korpus mukoza bileşkesi pilora doğru ilerler. Bunun sonucunda midede asidite azalır. Yaşlıların yaklaşık %25'inde görülen hipokloridi sonucu folat, demir ve vitamin B12 emiliminde azalma ve duodenumun asit salgısına sekonder olan salgısında azalma gözlenir ve tüm bu değişiklikler peptik ülser hastalığına zemin hazırlar (7). Yaş ilerledikçe peptik ülser hastalığını artıran iki ek neden de giderek fazla kullanılan nonsteroidal antiinflamatuar ajanlar ve H. pylori enfeksiyonudur. Yaşlılarda semptomlar çok belirgin değildir. Melena en sık görülen semptomdur ve bunların sadece yarısında epigastrik ağrı vardır. Ağrı iyi lokalize değildir ve hastaların yaklaşık 1/3'ünde ağrı yoktur. En iyi tanı yöntemi biyopsi alma şansı tanıdığı için endoskopidir. Üç ana komplikasyon olan perforasyon, kanama ve pilor obstrüksiyonu bu hastalık için başvuran yaşlı hastaların %50'sinde gözlenir. Kanama en sık mortalite nedenidir. Kanama ile başvuran hastaların %40-50'sine acil cerrahi gerekmektedir. Yaş tek başına mortaliteyi artıran bir etken değildir. Ancak 5 üniteden fazla kanama, ülser büyüklüğü ve eşlik eden hastalıklar mortaliteyi arttırmaktadır (16). Aynı şekilde perforasyon ile başvuran hastalarda yaş bağımsız bir cerrahi prognostik gösterge değildir. Eşlik eden hastalıklar, preoperatif şok ve 48 saatten fazla zaman geçmiş perforasyonlar mortaliteyi arttırmaktadır.

Mide karsinom insidansı yaş ilerledikçe artar. Ortalama yaş birçok seride 60-70 arasındadır. Mide ülserlerinin %2-6'sı maligndir ve 3 cm'den büyük ülserlerde malignite oranı %10'u geçmektedir. Yapılan cerrahi girişimler yaşlılarda ek morbidite ve mortalite nedeni değildir. Yine burada da eşlik eden hastalıkların kontrol altına alınması ve yeterli beslenme desteği ile genç hastalarla karşılaştırılabilir sonuçlar elde etmek mümkündür (12).

İNCE BAĞIRSAK

Deneysel modellerde yaş ilerledikçe villus yüksekliğinin azaldığı gösterilmiştir. Motilitede yaş ilerlemesi ile gerileme olmamaktadır. Emilim genel olarak iyi korunmakla birlikte kalsiyum emiliminde azalma olmaktadır. İnce barsak iskemisi, kanama, neoplazm ve inflamatuvar hastalıklar yaşlılarda gözlenir, ancak iskemi gerçek anlamda bir yaşlılık hastalığıdır. Superior mezenterik arterin emboli veya trombus ile tıkanması ya da splanknik vazokonstrüksiyon %50'nin üzerinde mortaliteyle seyreden bir durumdur. Yaşlılarda hem acil cerrahi girişim gerekmesi hem de eşlik eden hastalıklar bu durumda morbidite ve mortalitenin daha da artmasına neden olmaktadır. İskemik olaylar için belirlenmiş risk faktörleri; 1) 50 yaş üzeri hastalar, 2) kalp kapak hastalığı, 3) kardiyak aritmiler, 4) yakın zamanlı miyokard infarktüsü, 5) konjestif kalp yetmezliği, 6) hipovolemi ve hipotansiyondur (11). Akut mezenterik kskemiden kuşku duyulan hastalarda en iyi tam yöntemi mezenterik anjiyo-

grafidir, peritonit gelişmeden önce konulan tam ve erken cerrahi ile hasta mortalitesi azaltılabilir. Ameliyatta sınırdaki dolaşımı olan barsak segmentlerini korumak ve tekrar dolaşımı sağlamak rezeksiyondan daha önemlidir.

İnce barsak neoplazmaları tüm gastrointestinal sistem kanserlerinin ancak % 1-2'sini oluşturur. Semptomların tüm yaş gruplarında nonspesifik olması nedeniyle tanıda doktora bağlı gecikmeler 20 ayı bulabilmektedir. Gecikmeler nedeniyle adenokarsinomların %50'sinde laparotomi sırasında uzak metastaz mevcuttur. 5 yıllık yaşam 65 yaşın üzeri hastalarda %14 genç hastalarda %20 olup istatistiksel fark yoktur (11).

KOLON ve REKTUM

Gerek benign gerekse malign kolon hastalıkları yaş ilerledikçe artış gösterir. 80 yaşın üzerindeki insanlarda kolonik divertiküller %50 oranında görülür (13). Ancak gelişen divertikülit ve kanama gibi komplikasyonlar çoğu zaman medikal yöntemlerle tedavi edilebilir. Sigmoid volvulus da 60 yaşın üzerinde daha sık görülür. Bu patolojilerin motilite bozukluğu ile ilgili olduğu kabul edilse de yaşlılarda kolonda manometrik olarak bir patoloji gösterilememiştir. Ancak rektumda yaş ilerledikçe motilite sorunları ortaya çıkmaktadır. Rektal sfinkter basıncında ve hissetmede azalma, defekasyon bozuklukları, inkontinans ve rektal prolapsus gibi sorunlar artmaktadır. Ayrıca bağ dokusu gücündeki azalma ve kabızlık da prolapsus ve intususepsiyon sorununu artırmaktadır (16). Cerrahi tedavide aşağı anterior rezeksiyon, rektopeksi veya ek sistemik sorunları kontrol altına alınamayan yaşlılarda lokal transanal eksizyon veya anal sfinkteri güçlendiren Tiersch yöntemi kullanılabilir.

Kolon kanseri insidansı yaş ilerledikçe artar. 65 yaş üzerinde görülme sıklığı daha genç hastalarda görülme sıklığından yaklaşık 5 kat fazladır (8). İleri yaş kolon kanserinin cerrahi tedavisinde bağımsız bir risk faktörüdür. Postoperatif morbidite ve mortalite yaş arttıkça artmaktadır (15). Ancak eşlik eden hastalıklar daha önemlidir. Ayrıca hastanın acil ameliyat edilip edilmemesi de cerrahi sonuç için önemli bir risk faktörüdür. 5 yıllık yaşam süresi ise yaşlı hastalarda belirgin bir azalma göstermemektedir (10,13,16).

APENDİKS

Apendisit yaşlılarda bilier sorunlardan sonra en sık karşılaşılan cerrahi akut karın nedenidir (9). Yaşlılarda apendisit gençlere göre daha sinsi ilerler. Hafif karın ağrısına ek olarak başka semptom genelde olmaz ve ateş ile lökositoz görülmez. Bu nedenle tanıda ve tedavide gecikme olur. Bunun sonucunda perforasyon, morbidite ve mortalite artar. 60-64 yaş arası perforasyon oranı %47 iken 85 yaş üzeri bu oran %100'e yaklaşmaktadır (13,16). Erken tanı ve zamanında cerrahi girişim yaşlı hastalarda önem kazanmaktadır.

SAFRA TAŞLARI

Kolelitiazis bir yaşlılık hastalığıdır. 40 yaşın altındaki kadınlarda %5 oranında saptanırken, 80 yaş üzerinde bu oran %30'lara kadar çıkmaktadır (5). Safra taşı oluşumunda yaşlılıkla birlikte gelişen kolesterol metabolizması ve safra kesesi motilitesinde azalma sorumlu olarak gösterilmektedir. Yaşlı hastalar, safra taşı sorunları ile genelde geç ve komplikasyonlu olarak başvururlar. Bu nedenle acil cerrahi girişim oranı artmakta, bu da morbidite ve mortaliteye yansımaktadır. Koledokolitiazis ve kolanjit gibi acil durumları elektif koşullara dönüştürebilen endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi ile uygulanan sfinkterotomi ve perkütan girişimler yaşlı hastalarda güvenle uygulanmaktadır (14). Ayrıca son yıllarda laparoskopik cerrahi giderek daha fazla kullanılmaya başlanmıştır ve gerek elektif gerekse acil girişimlerde oldukça iyi sonuçlar elde edilmektedir.

KARACİĞER REZEKSİYONU

Metastatik karaciğer tümörleri en sık karşılaşılan karaciğer tümörleridir (10). Eğer yapılabilirse kolon kanseri metastazı için karaciğer rezeksiyonu hem yaşlı hem de genç hastalarda yaşam süresini artırmaktadır. Hepatoselüler karsinom ve safra yolları tümörleri 50 yaş üzerinde daha sık görülmektedir. İyi ön hazırlık ve deneyimli ekip ile yaşlı hastalarda karaciğer rezeksiyonu güvenle uygulanabilir. Postoperatif mortalite ve uzun dönem yaşam süreleri genç hastalarla yaşlılar arasında aynıdır (2).

PANKREAS

Pankreasın endokrin ve ekzokrin işlevleri yaş ilerledikçe azalır ve parenkimde yağ infiltrasyonu gözlenir. Yaşlılarda akut pankreatit gençlere göre daha fazla değildir. En sık etken safra taşları ve alkoldür (6). %10 dolayında ilaç kullanımı (diüretik, steroid ve tetrasiklin) birincil etkindir. Yaşlılarda akut pankreatit gençlere göre daha yüksek morbidite ve mortalite ile seyredir (75 yaş üzeri %21 mortalite). Eşlik eden sistemik hastalıklar ve azalmış organ rezervinin bunda etken olduğu düşünülmektedir.

Yaş ilerledikçe pankreas adenokarsinom oranı artmaktadır. Pankreas karsinomlarının %80'i 60-80 yaş arasındadır. Pankreas rezeksiyonunda gelişen cerrahi tekniklere bağlı olarak morbidite ve mortalite (%2-5) azalmıştır. Karaciğer rezeksiyonunda olduğu gibi iyi ön hazırlık ve deneyimli bir ekiple morbidite ve mortalite yaşlı hastalar için genç hastalarla aynıdır (16). Beş yıllık yaşam süresi de yaş grupları arasında fark göstermemektedir (%35).

SONUÇ

Yaşlılarda uygulanan cerrahi azalmış organ rezervi ve eşlik eden hastalıklar nedeni ile daha kötü tolere edilmektedir. Cerrahi sonucu etkileyen önemli bir faktör de cerrahinin acil şartlarda yapılmasıdır. Ancak kronolojik yaş tek başına prognostik bir gösterge değildir (1). Sistemik hastalığı kontrol altında olan yaşlılarda cerrahi girişimler güvenle uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Akoh JA, Mathew AM, Chalmers JW, Finlayson A, Auld GD. Audit of major gastrointestinal surgery in patients aged 80 years or over. *J R Coll Surg (Edinb)* 1994; 39(4):208-13.
2. Fong Y, Brennan MF, Cohen AM, Heffernan N, Freiman A, Blumgart LH. Liver resection in the elderly. *Br J Surg* 1997; 84(10):1386-90.
3. Ciorman RC, Morris JB, Kaiser LR. Esophageal disease in the elderly. *Surg Clin N Amer* 1994; 74(1):93-112.
4. Jougon JB, Ballester M, Duffy J, Dubrez J, Delaisement C, Velly JF, Couraud L. Esophagectomy for cancer in the patient aged 70 years and older. *Ann Thorac Surg* 1997; 63(5): 1423-7.
5. Kahng KU, Roslyn JJ. Surgical issues for the elderly patient with hepatobiliary disease. *Surg Clin N Amer* 1994; 74(2): 345-74.
6. Lillemoe KD. Pancreatic disease in the elderly. *Surg Clin N Amer* 1994; 74(2):317-44.
7. McFadden DW, Zinner MJ. Gastroduodenal disease in the elderly. *Surg Clin N Amer* 1994; 74(1); 113-126,
8. McGinnis LS. Surgical treatment options for colorectal cancer, *Cancer* 1994; 74:2147-50.
9. Miettinen P; Pasanen P; Salonen A; Lahtinen J; Alhava E. The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen. *Ann Chir Gynaecol* 1996; 85(1):11-5.
10. Mulcahy HE, Patchett SE, Daly L, O'Donoghue DP. Prognosis of elderly patients with large bowel cancer. *Br J Surg* 1994; 81:736-38.
11. Rosenthal RA, Small-bowel disorders and abdominal wall hernia in the elderly patient. *Surg Clin N Amer* 1994; 74(2): 261-292.
12. Schwarz RE; Karpeh MS; Brennan MF. Factors predicting hospitalization after operative treatment for gastric carcinoma in patients older than 70 years. *J Am Coll Surg* 1997;184 (1);9-15.
13. Shoji BT, Becker JM. Colorectal disease in the elderly. *Surg Clin N Amer* 1994; 74(2):293-316.
14. Siegel JH, Kasmin FE. Biliary tract diseases in the elderly: management and outcomes. *Gut* 1997; 41(4):433-5,
15. Whittle J, Steinberg EP, Anderson GF, Herbert R. Results of colectomy in elderly patients with colon cancer, based on medicare claims data. *Am J Surg* 1992; 163:572-75.
16. Zenilman ME. Surgery in the elderly. *Curr Probl Surg* 1998; 35(2):99-179.