

PLANLI OLMAYAN ERKEN DÖNEM RELAPAROTOMİLERİ

UNPLANNED RELAPAROTOMIES IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

Dr.Ergün ERDEM Dr.Birol BOSTANCI Dr.Cihat TETİK Dr.Akın ÖZDEN Dr.Mehmet NEŞŞAR

ÖZET: Karın ameliyatlarını takiben ilk 30 gün içinde yapılan relaparotomiler erken dönem relaparotomisi olarak adlandırılmaktadır. Yüksek mortalite ile seyreden bu duruma en sık septik komplikasyonlar yol açmaktadır. Son yıllarda görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelere ve ameliyata ek olarak yapılan tedavi modalitelerindeki yeniliklere rağmen mortalite oranları belirgin olarak düşmemiştir. Çalışmamızda Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 18 aylık sürede yapılan 771 laparotomi sonrası relaparotomi gerektiren 22 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda en sık ve mortal seyreden relaparotomilerin septik komplikasyonlar nedeniyle yapılan relaparotomiler olduğu kanaatine varılmıştır.
Anahtar Kelimeler: Relaparotomi, Reoperation, Reintervasyon.

SUMMARY: Relaparotomies carried out within 30 days after abdominal operations have been named early relaparotomies. Early relaparotomies have resulted in high mortality rates. They have been mostly caused by septic complications. Mortality rates have not been decreased significantly, although imaging methods and treatment modalities other than operation have advanced in the recent years. In this study, 22 relaparotomies after 771 laparotomies done in 18 months in the department of general surgery, Medical Faculty of Pamukkale University have been evaluated. We have concluded that the most frequent and the most mortal relaparotomies were those done for septic complications.
Key Words: Relaparotomy, Reoperation, Reintervention.

Karın ameliyatlarını takiben değişik sürelerde yeniden ameliyat gerekliliği ortaya çıkabilir. Genel olarak ameliyatı takip eden ilk 30 gün içinde yapılan relaparotomiler erken dönem relaparotomi olarak adlandırılmaktadır (1). Relaparotomi, daha önceden planlanmış veya planlanmamış olabilir (2). Planlı relaparotomiler nekrotizan pankreatit, süpüratif peritonit gibi durumlarda debridman için, mezenter iskemilerinde olduğu gibi ilk ameliyata ek olarak ikinci girişimin gerekli olup olmadığını ortaya çıkarmak için ya da over kanserinde olduğu gibi yapılan tedavinin etkinliğini belli bir süre sonunda kontrol etmek için yapılır (2,3,4,5,6,7). Planlı olmayan relaparotomilerde ise amaç primer ameliyat sonrasında ortaya çıkan komplikasyonların tedavisidir.

Bu çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 18 aylık sürede yapılan ve

planlı olmayan relaparotomileri retrospektif olarak değerlendirmek, sonraki yaklaşımlarımıza ışık tutmak ve elde ettiğimiz sonuçları literatürle karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

MATERYEL-METOD

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Eylül 1995-Nisan 1997 tarihleri arasında elektif veya acil şartlarda laparotomi veya laparoskopisi yapılan 771 hastanın dosyası incelendi. Hastaların 446'sı kadın, 325'i erkek, yaş ortalaması 42 (14-86) idi. Hastaların ilk ameliyat endikasyonları, acil veya elektif şartlarda olup olmadığı, yandaş hastalıkları, ameliyatı yapan cerrahi ekip ve kullanılan ilaçlar gözden geçirildi. Erken dönemde planlı olmayan relaparotomi olguları çalışmaya dahil edildi.

Relaparotomi nedenleri kanama, ileus, teknik komplikasyonlar ve septik komplikasyonlar olarak sınıflandırıldı (Tablo-I). Her gruptaki hastaların relaparotomi sonrası dönemi değerlendirildi ve mortalite oranları belirlendi.

Sonuçlar, relaparotomi nedenleri ve prognoz açısından değerlendirildi.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.

Yazışma Adresi: Dr.Ergün ERDEM

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Denizli.

SONUÇLAR

Karın ameliyatı yapılan 771 olgudan 22'sine planlı olmayan relaparotomi yapıldı. Olguların relaparotomi oranı %2.8'dir. Acil koşullarda yapılan 213 ameliyatta relaparotomi sayısı 9 (%4.2), elektif koşullarda yapılan 558 ameliyatta relaparotomi sayısı 13 (%2.3) olarak bulundu. Relaparotomi sonrası genel mortalite oranı %27 idi (6 hasta). Acil ameliyatı takiben relaparotomi gereken 9 hastadan 5'i (%55.5), elektif ameliyatı takiben relaparotomi gereken 13 hastadan 1'i (%7.7) kaybedildi.

Relaparotomi nedenleri 2 hastada kanama, 5 hastada brid ileus, 5 hastada teknik komplikasyonlar (3 hastada safra yolu yaralanması ve 2 hastada evisserasyon), 10 hastada süperatif peritonit (sekonder peritonit) idi. Evisserasyon olguları, yara iyileşmesi yönünden olumsuz sistemik faktörleri taşımadığından teknik komplikasyon olarak kabul edilmiştir. Mortalite olgularının 5'i septik nedenlere bağlı relaparotomi sonrasında görüldü. Bir olguda ise relaparotomi nedeni intraabdominal kanama idi.

TARTIŞMA

Karın ameliyatlarından sonra ilk 30 gün içinde yeniden gereksinim duyulan laparotomi, erken dönem relaparotomi olarak adlandırılmaktadır. Erken dönem relaparotomilerde mortalite oranı yüksektir (1). Mortalite oranları, ilk ameliyat nedeni, hastanın mevcut sistemik hastalıkları, yaşı, genel durumu, relaparotomi nedeni ve zamanlamasından etkilenmektedir. Örneğin abdominal aort anevrizması ameliyatlarından sonra yapılan relaparotomilerde mortalite oranı %76'ya kadar çıkabilmektedir (8). Bazı araştırmacılar relaparotomi yerine daha güvenli, minimal invazif olması, teknik olarak basit ve aynı zamanda terapötik olabilmesi nedeniyle laparoskopiyi önermektedir (9).

Erken dönem relaparotomilerin en sık sebebi septik komplikasyonlardır (10). Mortalite oranının en yüksek olduğu gruba da septik komplikasyonlara bağlı relaparotomiler oluşturmaktadır. Serimizde de septik komplikasyonlar en sık relaparotomi nedeni olarak karşımıza çıkmıştır ve mortalitelerin çoğu da bu gruptadır.

Erken postoperatif dönemde karşılaşılan mekanik obstrüksiyonların en sık sebebi bridlerdir (11). Serimizde bride bağlı erken relaparotomi olguları ikinci sıklıkta görülmektedir. Brid oluşumunu engellemek için pek çok çalışma yapılmışsa da günümüzde halen operasyon geçirmiş karında oluşan yapışıklıklar sorun olarak önemini korumaktadır (12). Bride bağlı relaparotomi olgularında prognoz iyidir. Serimizde bu grupta mortalite olmamıştır.

Tablo-I: Relaparotomi nedenleri ve mortalite oranları.

	Hasta sayısı(%)	Mortalite (%)
Kanama	26 (%9.9)	1 (%50)
İleus	5 (%22.7)	-
Septik komplikasyonlar	10 (%45.4)	5 (%50)
Teknik komplikasyonlar	5 (%22.7)	-
Toplam	22	6

Teknik komplikasyonlara bağlı relaparotomilerde erken müdahale yapıldığı takdirde prognoz oldukça iyidir. Serimizde bu grupta mortalite görülmemiştir.

Serimizdeki relaparotomi olgularına bakıldığında primer ameliyatın acil şartlarda yapıldığı ameliyatlarda daha yüksek oranda relaparotomi gerektiği saptanmıştır. Bu durum acil koşullarda hastanın hazırlanması için gerekli olan sürenin her zaman bulunamaması ve acil operasyon gerektiren patolojilerin çoğu kez enfeksiyonla birlikte olmasıyla açıklanabilir. Acil ameliyatlardan sonra relaparotomi gereksinimi çoğu kez septik nedenlerden kaynaklanmakta ve bu da mortalitenin daha yüksek olmasına neden olmaktadır.

Abdominal operasyonlarda septik komplikasyonları önlemek için bazı indeksler geliştirilmiştir (13,14). Bunlardan ARPI (Abdominal Reoperation Predictive Index) uygulanan hastalarda prognoz daha iyi olduğu, mortalite oranının düştüğü ve yoğun bakımda kalma sürelerinin kısaldığı bildirilmektedir (14).

Erken dönem relaparotomilerinde erken tanı ve ameliyat zamanlaması çok önemlidir. Hastanın postoperatif dönemdeki şikayetlerinin çoğu kez primer ameliyatına bağlanması ve ameliyatı yapan cerrahın objektif davranmaması relaparotomiyi geciktirmekte ve morbidite-mortalite oranlarını artırmaktadır. Ayrıca erken postoperatif dönemde radyolojik görüntüleme yöntemlerinin değeri sınırlı olmaktadır. Bu nedenlerle erken relaparotomi kararı öncelikle klinik bulgulara dayandırılmalı ve laparotomi kararı tek başına hastanın primer cerrahı tarafından değil deneyimli ekip tarafından verilmelidir (15).

Sonuç olarak planlı olmayan erken relaparotomilerin en sık sebebi septik komplikasyonlardır. Serimizde bu grupta mortalite oranı %50'ye ulaşmaktadır. Literatür bilgisi ışığında ARPI uygulaması ve planlı relaparotomiler septik komplikasyonlara bağlı planlı olmayan relaparotomilerin mortalitesini azaltabilir.

KAYNAKLAR

1. Harbrecht PJ, Garrison RN, Fry DE. Early urgent relaparotomy. Arch Surg. 119: 369, 1984.
2. Hau T, Ohmann C, Wolmershauser A, Wacha H et al: Planned relaparotomy vs relaparotomy on demand in the treatment of intra-abdominal infections. The peritonitis study group of the surgical infection Society-Europe. Arch Surg. 130 (11): 1193, 1995.
3. Davidson RK, Cardenas A, Busuttill RW. The effects of heparin and low molecular weight dextran on survival after fibropurulent peritonitis. Surg Gynecol Obst. 153: 327, 1981.
4. Schein M. Planned reoperations and open management in critical intraabdomnal infections: prospective experience in 52 cases. World J Surg. 15 (4): 537, 1991.
5. Bohnen JM, Mustard RA. A critical look at scheduled relaparotomy for secondary bacterial peritonitis. Surg Gynecol Obst. 172: 25, 1991.
6. Penninckx F, Kerremans R, Filez L, et al. Planned relaparotomies for advanced established peritonitis from colonic origin. Acta Chir Belg. 90 (5): 269, 1990.
7. Roeyen G, Hubens G, Vaneerdeweg W, et al. Scheduled relaparotomies using a zipper system for the treatment of diffuse generalized peritonitis in children. Acta Chir Belg. 96: 201, 1990.
8. Sloomans FC, van der Vliet JA, Reinaerts HH, et al. Relaparotomies after ruptured abdominal aortic aneurysm repair. Eur J Vasc Surg. 8 (3): 342, 1994.
9. Nassar AH, Htwe T, Hefny H, et al. The abdominal drain. A convinent port for second look laparoscopy. Surg Endosc. 10 (11): 1114, 1996.
10. Fry DE, Clevenger FW. Reoperation for intra-abdominal abscess. In the surgical clinics of North America. WB Saunders 71 (1): 159, 1991.
11. Yılmaz S, Bozkurt B, Kurterdem E ve ark. Gastrointestinal cerrahide erken dönemde sekonder girişimler. Gastroenteroloji. 3 (4): 713, 1992.
12. Urman B, Konan A. Postoperatif intraperitoneal adhezyonların önlenmesinde son gelişmeler. Cerrahi Tıp Bülteni. 1 (4): 224, 1992.
13. Koperna T, Schulz F. Prognosis and treatment of peritonitis. Do we need new scoring systems. Arch Surg. 131 (2): 180, 1996.
14. Pusajo JF, Bumascny E, Doglio GR et al. Postoperative intra-abdominal sepsis requiring reoperation. Value of a predictive index. Arch Surg. 128 (2): 218, 1993.
15. Shchepotin IB, Evans SR, Chorny VA et al. Postoperative complications requiring relaparotomies after 700 gastrectomies performed for gastric cancer. Am J Surg. 171 (2): 270, 1996.