

Adhesiv İnce Barsak Obstrüksiyonlarının Görülme Sıklığı

Erol Kisli, Ömer Söylemez, Murat Başer, Çetin Kotan, Osman Güler, Metin Aydın

Özet:

Amaç: Abdominal cerrahi sonrası adhezyonlara bağlı gelişen ince barsak obstrüksiyon (İBO) sıklığını incelemektir.

Metod: Kasım 1994 – Nisan 2000 arasında kliniğimizde abdominal cerrahi yapılan 2173 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Abdominal cerrahi yapılan 2173 olgunun 76'sında etyolojik sebep daha önce herhangi bir nedenle geçirmiş oldukları abdominal operasyona ikincil olarak gelişen adhezyonlardı. Bu olguların 66'sına bridektomi ve 10'una ise bridektomi ile birlikte ilave cerrahi yapıldı. Rektosigmoid operasyonu yapılan olguların %13.86'sı, kolon operasyonu yapılanların %12.19'u, kolon dışı barsak operasyonu yapılanların %3.94'ü, diğer abdominal bölge operasyonu yapılanların %2.25'i ve apendektomi yapılanların %1.5'i adhezyonlara bağlı gelişen İBO'yu nedeni ile ikinci kez opere edildiler.

Sonuç: Kliniğimizde İBO'larının en sık sebebi geçirilmiş operasyonlara bağlı gelişen adhezyonlar idi. Postoperatif adhezyonların en sık sebebi ise geçirilmiş kolorektal operasyonlar idi.

Anahtar kelimeler: Adhezyon, ince barsak obstrüksiyonu, abdominal cerrahi

Cerrahinin ilk dönemlerinden beri cerrahlar, ameliyattan birkaç saat sonra oluşmaya başlayan fibrinöz yapışıklıkların geliştiğini bilmektedirler (1). Adhezyon, major abdominal cerrahiye takiben hastaların %90'ından fazlasında ortaya çıkar (2). Cerrahi sırasında veya sonrasında peritoneal kavitede fibrin oluşumu ve parçalanması arasındaki denge adhezyon oluşumunun major bir belirleyicisi olarak gözükmektedir (3). İnce barsak obstrüksiyonu, infertilite, kronik abdominal ve pelvik ağrı ve reoperasyon güçlüğü peritoneal adhezyonların en sık sonuçlarıdır. Adhezyon oluşumunu önleme çalışmalarına rağmen abdominal cerrahi sonrası sıklığı aynı kalmıştır (2).

Biz de bu çalışmamızda, kliniğimizde yapılan abdominal cerrahi sonrası adhezyonlara bağlı gelişen ince barsak obstrüksiyon insidansını literatür ışığında incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Kasım 1994 – Nisan 2000 yılları arasında kliniğimizde abdominal cerrahi uygulanan toplam 2173 olgu retrospektif olarak incelendi. Bu olguların kaçında adhezyona bağlı intestinal obstrüksiyon nedeniyle ikinci bir operasyon gerektiği araştırıldı. İlk operasyonda müdahale edilen organ veya organlar ile daha sonra ortaya çıkan adhezyona bağlı intestinal obstrüksiyon ilişkisi araştırıldı. Ayrıca kliniğimizde İBO'yu oluşturan diğer nedenler arasındaki insidansı da araştırıldı.

Bulgular

Abdominal cerrahi uygulanan hastaların 996'sı kadın 1177'si erkek idi. Bu hastaların 142'sine kolorektal cerrahi, 333 hastaya apendektomi, 811 hastaya ince barsak ve mide cerrahisi, 887 hastaya ise diğer abdominal cerrahi (bilyer, splenik, karaciğer veya pankreas) uygulanmıştır. Bu 2173 hastanın 86 (%3.9)'sı kliniğimize adhezyona bağlı intestinal obstrüksiyon nedeni ile tekrar kabul edildiler. Bu 86 olgunun 10 (%11.6)'unda konservatif tedavi yeterli oldu, 76 (88.4)'sı ise ikinci kez ilk operasyona bağlı olarak gelişen adhesiv obstrüksiyon nedeni ile opere edildiler. Kliniğimize İBO nedeniyle başvuran toplam 165 hastanın 76 (%46) sını

Çalışmanın yapıldığı kurum: Yüzüncüyıl Üniversitesi, VAN

Dr. Erol Kisli: Y.Y.Ü.T.F Genel Cerrahi AD

Dr. Ömer Söylemez: Y.Y.Ü.T.F Genel Cerrahi AD

Dr. Murat Başer: Y.Y.Ü.T.F Genel Cerrahi AD

Dr. Çetin Kotan: Y.Y.Ü.T.F Genel Cerrahi AD

Dr. Osman Güler: Y.Y.Ü.T.F Genel Cerrahi AD

Dr. Metin Aydın: Abant İzzet Baysal Ü.T.F Tıp Fakültesi

Yazışma Adresi: Dr.Erol KİSLİ

Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Maraş caddesi

65200 / VAN

Tablo I: Kasım 1994 – Nisan 2002 arasında kliniğimizde adhezyona bağlı intestinal obstrüksiyon nedeni ile opere edilen 76 hastanın etyolojisi.

	Hasta sayısı	IBO Gelişen vaka sayısı	Bridektomi	Bridektomi + ilave cerrahi
Rektum ve rektosigmoid operasyonları	101	14 (13.86)	12	2
Kolon operasyonları	41	5 (%12.19)	3	2
Apendektomi	333	5 (%1.5)	4	1
Mide ve ince barsak operasyonları	811	32 (%3.94)	29	3
Diğer abdominal bölge operasyonları	887	20 (%2.25)	18	2
Toplam	2173	76	66	10

Tablo II: Kliniğimizdeki IBO etiyolojisi

Adhezyon	76(%46)
İnce barsak inflamatuvar patolojileri	14(%8.4)
Neoplazm	22(%13.3)
Herni	23(%13.9)
Yukardakilerin kombinasyonu	5(%3)
Diğer	25(%15.1)

adheziv IBO'yu oluşturmuyordu (TabloI). İlk operasyonda rektum ve rektosigmoid cerrahisi yapılan 101 hastanın 14 (%13.8)'ünde, kolon operasyonu yapılan 41 hastanın 5 (%12.1)'inde adhezyona bağlı intestinal obstrüksiyon gelişti. 333 apendektomi yapılan olgunun 12'si perfore idi. Bu 12 perfore olgunun 4 (%33.3)'ünde, geri kalan 321 olgunun ise sadece 1 (%0.03)'inde adhezyona bağlı intestinal obstrüksiyon gelişti. İnce barsak ve mide cerrahisi uygulanan 811 hastanın 32 (%3.94)'sinde, diğer abdominal girişim yapılan 887 olgunun ise 20 (%2.25)'sinde IBO saptandı (TabloI). Adhezyon nedeniyle obstrüksiyon gelişip ikinci kez opere edilen olguların %86.8 (66 olgu)'ine sadece bridektomi yapıldı. Adhesiv obstrüksiyon nedeniyle ikinci kez opere edilen ve öncesinde rektosigmoid cerrahi yapılmış olan 1 olgu sepsis nedeni ile exitus oldu. Hastaların ikinci operasyondan sonra hastanede ortalama kalış süreleri 7-14 gün oldu.

Tartışma

Postoperatif peritoneal adhezyonlar abdominal cerrahi sonrasında ortaya çıkabilen önemli bir komplikasyon olup ince barsak obstrüksiyonu, infertilite, kronik abdominal ve pelvik ağrı ile birlikte reoperasyon güçlüklerine neden olabilir ve morbidite ile birlikte iş yükünü artırır.

Adhezyonla ilgili komplikasyonların insidansının ve sosyo-ekonomik yükünün artmasına rağmen halen günümüzde güvenli ve etkili bir profilaksisi yoktur (9). Adhezyonu önlemeye yönelik yapılan çalışmaların hepsi başlangıçta bir iyimserlik yaratmış fakat daha sonra yapılan incelemelerde ya etkili olmadıkları ya da kontrollere oranla daha çok adhezyona neden oldukları belirlenmiştir. Sonuçta bazıları tamamen terkedilmiştir (1).

Adhezyon önleme ve azaltmaya yönelik çalışmalara rağmen abdominal cerrahi sonrası ortaya çıkışında halen bir sıklık olmakla birlikte abdominal cerrahi sonrası ince barsak obstrüksiyonu hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Hasta grupları küçük sayıdadır ve çoğu seride takip sayısı sınırlıdır (2). Teknik açıdan ilerlemiş dünyada abdominal operasyon insidansı arttıkça adhezyonlara bağlı obstrüksiyonlarında arttığını biliyoruz. Buna karşın laparotomilerin daha az olduğu az gelişmiş ülkelerde adhezyona bağlı obstrüksiyonlar nadir görülür. Postoperatif adhezyonların istatistiki analizinde apendektomi ve postoperatif adhezyonlar hemen daima ilk sıralardadır. Daha az oranı oluşturmakla birlikte abdominoperineal rektum eksizyonu ve total kolektomi de yüksek bir post operatif adhezyon riski göstermektedir. Bu olay kolonun ve

omentumun çıkarılmasıyla karın duvarındaki nedbeyle yalnızca ince barsağın yapışıyor olmasıyla açıklanmıştır (1).

Menzies ve Ellis yaptıkları 2708 vakalık laparotomi serisinde laparotomiden sonra oluşan adhezyonların neden olduğu intestinal obstrüksiyon oranını ortalama 14.5 aylık takip süresi için %1 olarak bulmuşlardır (4). Bizim serimizde ortalama takip süresi 2 yıldır ve bu oran %3.49'dur. Serimizde hasta sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte 6 yıllık klinik sonuçlarımızdır. Yapılan bir çalışmada adhezyona ikincil gelişen IBO sıklığı; %24 kolorektal cerrahi, %22 jinekolojik cerrahi, %15 herniorafi, ve %14 apendektomi sonrası olarak bildirilmiştir (5). Bizim çalışmamızda ise adhezyona ikincil gelişen IBO'ları; %13.38 kolorektal cerrahi, %3.94 kolon dışı barsak operasyonları, %2.25 diğer abdominal bölge operasyonları ve %1.5 apendektomi sonrası geliştiği tespit edildi. Bir çalışma da apendektomi sonrası cerrahi girişim gerektiren postoperatif IBO riskinin önceden düşünüldüğüne göre daha az olduğu fakat perfore apandisitlerin postoperatif adhesiv IBO nu için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (10). Ancak, perfore olgularımızın azlığı nedeniyle bu konuda kesin bir yargıya varamıyoruz. Batıda IBO'nun en sık sebebi adhezyonlardır ve bunu Crohn hastalığı ve neoplazi takip eder (6). Bizim çalışmamızda da kliniğimizde görülen IBO'nun en sık sebebinin adhezyonlar (%46.06) olduğu bunu, herni ve neoplazilerin takip ettiği tespit edildi. Adhezyonların en sık sebebi ise geçirilmiş kolorektal operasyonlar idi. Polonya'da Wysocki ve Krzywion tarafından 1987-1999 yılları arasında mekanik barsak obstrüksiyonu nedeni ile ameliyat edilen 468 vakalık bir seride IBO'nun en sık sebebi olarak 352 olguda görülen intestinal strangülasyon olarak tespit edilmiş ve bunların 2/3'ünde strangüle herni, 1/3'ünde adhezyon bulunmuştur. Bu sonucun olası nedeni, gelişmiş ülkelerde en sık adhezyonlara bağlı olarak gelişen obstrüksiyonların aksine Polonya'da, USA ve Batı Avrupa'dan daha az sayıda elektif hernioplasti yapılması gösterilmiştir (7). Kliniğimizde ise elektif hernioplasti yapmamıza rağmen hernilere bağlı görülen IBO sıklığını, hastaların sosyoekonomik sebeplerinden dolayı hernilerini önemsemediklerini ve geç dönemde başvurmalarına bağlı olduğunu düşünüyoruz. Miller ve ark, Bizer ve ark, sundukları IBO serilerinde en sık nedeni adhezyon olarak bildirmişlerdir (6,11). IBO tüm dünyada major bir morbidite nedenidir ve önemli bir finansal yük oluşturur. Kolorektal operasyonlar sonrasında ise adhesiv IBO gelişimi en sıktır. Bu nedenle adhesif hastalıkların ortaya çıkışını azaltma

çabalarının ekonomik yükü, morbiditeyi önemli ölçüde düşüreceği ve bunun beraberinde medikal kaynakların kullanım yararlılığını arttıracacağı kanaatindeyiz.

Incidence Of Small Bowel Obstruction After Abdominal Surgery

Abstract:

Aim: *it is presenting the adhesive small bowel obstruction following abdominal surgery.*

Method: *2173 patients who had been operated on abdominal surgery in our clinic were investigated retrospectively, between november 1994-april 2000.*

Results: *Etiologic reason in 76 (46.06%) of 2173 patients who had been operated on abdominal surgery was adhesions secondary to previous abdominal operations. Adhesiolysis were performed for 66 of them and additional abdominal surgeries with adhesiolysis were performed for 10 of them. 13.86% of rectosigmoid operations, 12.19% of colon operations, 13.94% of other intestinal operations, 2.25% of other abdominal operations and 1.5% of appendectomies, had second operation for small bowel obstruction due to adhesions.*

Conclusion: *The most common cause of small bowel obstructions was adhesions due to previous abdominal operations. Besides, the most common cause of postoperative adhesions was colorectal operations.*

Key words: *Adhesion, small bowel obstruction, abdominal operations*

Kaynaklar

1. Michael J. Zinner, Seymour I. Schwartz, Harold Ellis: Abdominal Operations, In: Small Bowel Obstruction. Edited by. Jack Pickleman. USA, 1997, pp:1159-1172.
2. Liakakos T, Thomakos N, Fine PM, Derveniz C, Young RL. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. Recent advances in prevention and management. Dig Surg.18:260-73,2001.
3. Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M, Reijnen MM, van Goor H. Recent clinical developments in pathophysiology, epidemiology, diagnosis and treatment of intra-abdominal adhesions. Scand J Gastroenterol Suppl. 52-9,2000.
4. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions-how big is the problem? Ann R Coll Surg Engl 72:60-3,1990.
5. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. Br J Surg. 87:1240-7,2000.
6. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. Am J Surg. 180:33-6,2000.
7. Wysocki A, Krzywion J. Causes of intestinal obstruction. Przegl Lek. 58:507-8,2001.

8. Romagnolo C, Minelli L. Small-bowel occlusion after operative laparoscopy: our experience and review of the literature. *Endoscopy*. 33:88-90,2001.
9. Treutner KH, Schumpelick V. Prevention of adhesions. Wish and reality. *Chirurg*. 71:510-7,2000.
10. Andersson RE. Small bowel obstruction after appendectomy. *Br J Surg*. Oct;88:1387-91,2001.
11. Bizer LS, Liebling RW, Delany HM, Gliedman ML. Small bowel obstruction: the role of nonoperative treatment in simple intestinal obstruction and predictive criteria for strangulation obstruction. *Surgery*. Apr;89:407-13,1981.