KLİNİK ARAŞTIRMA

CERRAHİ TAMİR GEREKTİREN EVİSERASYONLAR

Op.Dr. Asiye PEREK, Prof.Dr. Sadık PEREK, Op.Dr. Vedat DURGUN, Dr. Metin KAPAN, Dr. Salih PEKMEZCİ

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Alındığı Tarih : 25 Ocak 1993

PEREK, A., PEREK, S., DURGUN, V., KAPAN, M., PEKMEZCİ, S.:
Cerrahi tamir gerektiren eviserasyonlar

Cerrahpaşa Tıp Fak. Der. 24:383-387, 1993

ÖZET

1981-1991 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 17039 hastaya laparatomi gerektiren ameliyatlar yapılmış, bunlardan 36 sında (% 0.21) eviserasyon nedeni ile relaparatomi gerekmiştir. 7 hasta, hakkında yeterli bilgi edinilemediği için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Hastaların 20 si erkek 9 u kadındır. Ortalama yaş 55 tir. Eviserasyon öncesi ameliyatların 15'i acil, 14 ü elektif koşullarda, 7 si malignite nedeni ile yapılmıştır. Ameliyat öncesi 13 hastada postoperatif seyri etkileyebilecek sorun tesbit edilmemiştir. Ameliyat ile eviserasyon arasında geçen süre ortalama 11.8 gündür. Postoperatif 10 gün içinde 10 hasta (% 34.4) ex. olmuştur. Ölen hastaların 2 si malignite nedeni ile ameliyat edilmiştir. Eviserasyon tamiri sonrası hastanede kalış süresi ortalama 20.6 gündür.

SUMMARY
SURGICALLY TREATED EVISCERATIONS

In Cerrahpaşa Medical Faculty General Surgery Departement, 17039 patients had laparatomies for different causes between 1981-1991, and 36 (0.21%) had evisceration. 7 patient left out of evaluation because of lack of satisfactory information. 20 of the patients were male, 9 were female, average age was 55. 15 of the previous operations were done electively, 14 were done in emergency, 7 had malignancy. There were no problems that would effect post operative course in 13 patients, while the others had joundice, COPD, diabetes, malnutrition, ect. Median time range between the previous operations and evisceration was 11.8 days. 10 patients (34.4%) died in post-operative 10 days, 2 of these patients were operated because of malignancy. After relaparotomy for evisceration average hospitalisation time was 20.6 days.

Cerrahi teknik ve kullanılan malzemelerdeki gelişmelere rağmen evantrasyon hala sorun olmakta ve yüksek morbidite taşımaktadır. Bu komplikasyonların gelişmesinde çeşitli sistemik etkenler -malnütrisyon, yaşlılık, obesite, kronik steroid tedavisi, KOAH, sarılık, üremi, vb- in yanısıra, yara infeksiyonu, abdominal distansiyon, solunum sistemi komplikasyonları gibi lokal ve mekanik etkenlerde sorumlu tutulmaktadır. Batın kapama yöntemi, kat kat veya enblok, ipek-prolen veya absorbabl madde kullanılması ve batın kapatan kişinin tecrübesi de etkenler arasında sayılmaktadır. Fakat hangisinin daha önemli olduğu kesin değildir.

Bu çalışmamızda kliniğimizde son 10 yıl içerisindeki relaparatomi gerektiren eviserasyon olgularını bu etkenleri göz önüne alarak inceledik.

YÖNTEM VE GEREÇLER

1981-1991 yılları arasında CTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda batın ameliyatı geçiren hasta sayısı (inguinal herni olguları sayılmamıştır) 17039 olarak bulunmuş, bu hastaların 36 sında tamir gerektiren eviserasyon gelişmiştir. Bu durumda kliniğimizdeki eviserasyon oranı % 0.21 dir. 7 hasta hakkında yeterli bilgi edinilemediğinden değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Hastaların 20 si erkek, 9 u kadındır, yaşları 3-90 arasında, ortalama 55 tir. 9 hasta 50 yaşın altında, 20 hasta ise 50 yaşın üzerindedir. 0-40 yaş arasında 4 hasta bulunurken, 41-50 yaş grubunda 5.51-60 yaş grubunda 10.60 yaş üzerinde 10 hasta bulunduğu görülmüştür.

Hastaların eviserasyon öncesi tanıları ve geçirdikleri ameliyatlar, kullanılan insizyonlar ve sonuç Tablo 1 de verilmiştir.

Ameliyatların 15 i acil nedenlerle, 14 ü elektif koşullarda yapılmıştır. 7 olgu malignite nedeni ile ameliyat edilmiştir.

Eviserasyon öncesi ameliyatlarda 4 hastada göbek altı sağ transrektal, 7 hastada göbek üstü sağ transrektal, 9 hastada göbek üstü median, 6 hastada göbek altı median, 1 hastada göbek üstü transvers, 1 hastada göbek altı transvers, 1 hastada sağ subkostal insizyon kullanılmıştır.

Bu ameliyatların 6 sını Prof.Dr. 4 ünü Doç.Dr. 9 unu Uzm.Dr., 10 unu As.Dr. yapmıştır.

Ameliyat öncesi değerlendirmede 13 hastada ameliyat seyrini ve sonrasını etkileyecek sorun tespit edilmemiştir. 5 hastada anemi, 4 hastada üremi, 3 hastada hipoproteinemi, 2 hastada KOAH, 2 hastada ikter, 2 hastada diabetes mellitus, 2 hastada obesite, 1 hastada geçirilmiş MI, 1 hastada kalp yetmezliği, 1 hastada kronik beslenme bozukluğu, 1 hastada yüksek ateş, 1 hastada kronik konstipasyon, 1 hastada hipertansiyon olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1: Hastaların eviserasyondan önceki tanıları, yapılan ameliyat ve kullanılan insizyonlar ve sonuç

Hasta Tanı sayısı	Yapılan ameliyat	İnsizyon	Elektif	Acil	Eviserasyon sonrası sonuç
1 A. apendisit	Apendektomi	GASTR		+	şifa
1 Perfore apendisit	Apendektomi, drenaj	GAM		+	ex, 5. gün
1 Perfore apendisit	Apendektomi, drenaj	GASTR		+	şifa
1 Akut batın-Douglas absesi	Drenaj	GAM		+	salah
1 Künt batın travması mesane rüptürü	Sistorafi, drenaj	GAM		+	şifa
1 A. kolesistit	Kolesistektomi	GÜSTR		+	şifa
1 A. kolesistit	Kolesistektomi	GÜSTR		+	şifa
1 Etrangüle inguinal herni	Herniotomi, Bassi-	Sağ inguinal		+	şifa
1 Sectio sonrası akut batın	Drenaj	GAM		+	salah
1 GIS kanaması	Laparatomi, gastrorafi	GÜM		+	şifa
1 Perinefritik abse	Drenaj	Gü trans.		+	şifa

Tablo 1'in devamı

1 Çekum volvulusu	Sağ hemikolektomi	GAM		+	Ex, masada
1 GİS kanaması	BTV, piloroplasti	GÜM		+	şifa
1 GİS kanaması eroziv gastrit	Gastrotomi, arter ilgasyonu	GÜM		+	Ex, aynı gün
1 Batın nafiz ateşli silah yaralanması	İleorafi, kolorafi üreterorafi, sigmoid kolostomi, drenaj	GÜM		+	salah
1 Nüks etr. umblical	Fasya tamiri	GA transvers		+	şifa
1 Karaciğerde kitle	laparatomi, kc biopsisi	GÜSTR	+		salah
1 Rektum tümörü	Miles op.	GAM	+		salah
1 KC kist hidatiği	Kistotomi, kapitonaj, drenaj	Sağ subkostal			Ex 3. gün
1 Özofagus Tm.	Kolon interpozisyonu, özofagokolostomi, kologastrostomi, kolokolostomi	GÜAM	+		salah
1 Pankreas başı Tm.	Kolodekojejonostomi	GÜSTR	+		salah
1 Taşlı kolesistit umblikal herni	Kolesistektomi, herni tamiri	GÜSTR	+		Ex 10. gün
1 Hipofarinks tm.	Total özofajektomi larenjektomi, farenjektomi, sol tiroidektomi, kolon interpozisyonu, kologastrostomi, kolokolostomi, piloroplasti trakeostomi	GÜM	+		salah
1 Porta hepatis Tm.	Kolostendez (ülseröz kolesistit)	GÜSTR	+		salah
1 Çekum Tm.	Sağ hemikolektomi	GASTR	+		Ex 1. gün
1 Ulcus Duodeni	BTV, piloroplasti	GÜM	+		şifa
1 Kolesistit, siroz	Kolesistektomi, Kc biopsisi	GÜSTR	+		Ex aynı gün
1 Kolesistit, kolesistektomi sonrası sarılık	Koledoko-enterostomi	GÜSTR	+		Ex. 1. gün
1 Özofagus alt uç tm.	Distal özofajektomi proksimal gastrektomi splenektomi, özofagogastrostomi	GÜM	+		Ex 6. gün
1 Reflü özofajite bağlı özofagus alt uç darlığı	Künt özofajektomi, kolon replasmanı	GÜM	+		Ex 1. gün

GASTR: Göbek altı sağ transrektal
GAM : Göbek altı median
GÜSTR: Göbek üstü sağ transrektal
GÜM : Göbek üstü median

Eviserasyonda önceki ameliyatta batın 22 hastada kat kat ve tek tek ipek ile, 4 hastada enblok tek tek ipek ile, 2 hastada vicryl ile kontinü, 1 hastada tek tek ipek ve situasyon dikişleri ile kapatılmıştır.

Ameliyat sonrası 12 hastada cilt altı enfeksiyonu, 7 hastada açıklanamayan yüksek ateş, 5 hastada öksürük, 2 hastada dispne, birer hastada sterkoral fistül, safra fistülü, sağ plevral efüzyon, hemiparezi, akciğer enfeksiyonu, sarılık ve ascites gelişmiştir.

Yapılan ameliyat ile eviserasyon arasında geçen süre 3-57 gün arasında, ortalama 11.8 gün olarak bulunmuştur.

Eviserasyon için yapılan girişimlerde bir önceki insizyonlar kullanılmıştır, batın enblok olarak, 25 hastada ipek, 4 hastada prolen ile tek tek olarak kapatılmış ve 22 hastada situasyon dikişleri konulmuştur.

Bir hasta ameliyat sırasında ex. olmuş, 2 hasta postop. erken dönemde, 3 hasta 1. gün, 1 hasta 3. gün, 1 hasta 5. gün, 1 hasta 6. gün 1 hasta 10. gün olmak üzere 10 hasta exitus olmuştur (% 34.4).

Ölen hastalardan 2 sinde ilk ameliyat malignite nedeniyle 6 sında selim hastalıklar nedeni ile yapılmıştır. Bu hastaların 2 si acil, 6 sı elektif koşullarda yapılmıştır.

Eviserasyon sonrası hastanede kalış süresi 7-110 gün arasında, ortalama 20.6 gündür.

İRDELEME

Yara ayrışması tam veya kısmi olabilir. Cilt ya da periton sağlamsa genellikle yara herni gelişmesi ile iyileşir. Ayrışma tam olduğunda ise bütün katlar ayrılmıştır. Bu durumda organlar batın dışına çıkabilir (evantrasyon).

Herhangi bir batın ameliyatından sonra görülebilen bu komplikasyon her iki cinste, her yaşta görülebilir ve ciddi sorunlar yaratabilir. Dünya literatüründe daha çok erkeklerde görüldüğü bildirilmiştir (1, 5). Bizim çalışmamızda hastaların çoğu erkekti (erkek/kadın:20/9), yaşları 3-90 arasında idi. Görülme oranı dünya literatüründe % 0-3 arasındadır, fakat bu oranın % 0.5-1 olması gerektiğine inanılmaktadır. Kliniğimizde Pusane ve ark., Şirin ve ark. önceki yıllarda bu konuda yaptıkları çalışmalarda ve Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde yapılan çalışmalarda da eviserasyonun daha çok erkeklerde olduğu görülmüştür (2, 6, 7). Eviserasyon oranı % 0.37, % 0.9 olarak verilmiştir (2, 6). Bizim çalışmamızda bulduğumuz eviserasyon oranı % 0.21 dir. Oran alınırken hangi vakaların sayıldığı önemlidir.

Ölüm oranı oldukça yüksektir, % 9.5-43.8 arasında bildirilmektedir. Fakat bu komplikasyon daha çok akciğer, kalp hastalığı, beslenme bozukluğu olanlarda ve acil hastalarda görüldüğünden yüksek mortalite anlaşılabilir. Bizim mortalitemiz % 34.4 tür.

Yara ayrışmasında çeşitli sistemik faktörlerden çok lokal mekanik etkenler önemli görülmektedir (1, 3, 5). Bizim hastalarımızdan sadece 13 ünde (% 36) ameliyat seyrini ve sonrasını etkileyebilecek sistemik ve mekanik faktör bulunmuştur. Sütürler açısındanda; düğüm çözülebilir, dikiş materyali kopabilir ve dikilen doku yırtılabilir. Ayrışma daha çok dikişlerin fasyayı kesmesine bağlı olarak görüldüğüne göre dikişleri yara kenarına çok yakın geçmemelidir. (2, 4), Sanders ve ark. sütürlerin fasya kenarından en az 5 mm geriden konulmasının daha yüksek patlama basıncı sağladığını göstermişlerdir (1).

Eskiden median insizyonların paramedianlara göre eviserasyona daha çok neden olduğu görüşü hakimdi. Fakat Bucnall ve Ellis (1981) çalışmalarında bu insizyonların median insizyonlardan daha güvenilir olmadığını ortaya koymuşlardır (1, 5).

Göbek üstü insizyonların, göbek altı insizyonlardan daha güvensiz olduğu görüşü vardır. Pennich ve ark. göbek altı insizyonların daha riskli olduğunu bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda transrektal göbek üstü ve altı ve median, transvers insizyonlarda eviserasyon görülmüş fakat bu insizyonların toplam sayısına göre oranlarına bakılmamıştır. Günümüzde fasyayı koter veya bistüri ile kesmenin bir fark yaratmadığı düşünülmektedir.

Günümüzde kat kat ve tek tek dikişlerle kapama yerine enblok ve kontinü kapatmanın daha hızlı ve aynı derecede etkili olduğu gösterilmiştir, Kirk (1972), Martyak ve Curtis (1976). Batın kapatırken peritonu almamak veya ayrıca peritonu kapatmamak yaranın gücünü azaltmaz. Hatta Hubard ve ark., Connolly ve Stephans periton kapatılmasının yapışıklıkları arttırdığını göstermişlerdir. Çalışmada periton ve fasya enblok olarak, kat kat ve periton bırakılarak sadece fasya kapatılmış, Enblok kapat-

mada eğer preperitoneal yağ fazla ise fasya dudaklarının arasına girdiği, oysa periton bırakılıp fasya kapatıldığında sonuçların daha iyi olduğu görülmüş (4, 5).

Günümüzde on fasya ve linea alba kapatılmasında daha çok absorbe olmayan maddeler kullanılmaktadır. Son yıllarda dexon, vicryl, PDS gibi uzun sürede absorbe olan maddeler kullanıma sunulmuştur. Batında fasyanın gücünü kazanması için yaklaşık 120 gün gerekmektedir. Dexon yaklaşık 3 haftada, vicryl 75 günde absorbe olmaktadır. PDS nin ise absorbsiyon süresi 100 günün üzerindedir. İpek dikişlerde dikiş granülomlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Absorbe olmayan madde kullanılacak ise monoflaman materyeller tercih edilmelidir. Bizim incelediğimiz hastalarda ilk ameliyatlarda batın kapamada daha çok tek tek ipek kullanılmıştır. Bu absorbabl maddelerin kullanıma son yıllarda verilmesine de bağlı olabilir.

Şüpheli vakalarda situasyon dikişleri koymak cazip gelebilir, fakat bunlar oldukça ağrılıdır, cilt nekrozu yapabilir ve yara bakımını zorlaştırır. Cilt altına bağlanan absorbe olan maddeler ile konulan ve çok sıkıştırılmayan retansiyon dikişleri önerilmiş. Bu dikişlerin uzun sürede absorbe olan monoflaman maddeler ile konulması tercih edilmelidir (8).

Yara ayrışması yapılan işleme, insizyona ve yapan kişinin cerrahi tecrübesine çok bağlı değildir. Bizim hastalarımızda sadece 9 ameliyatı asistan doktor yapmıştır.

Kısaca yara ayrışmasının önlenmesi hastanın genel durumunun düzeltilmesi, iyi anestezi ve iyi cerrahi teknik ile olur.

Eviserasyonlarda prognoz oldukça kötüdür, yüksek mortalite taşırlar. Hastanın genel durumu çok kötü, ayrışan yara kötü kokulu ve süpüre değilse, eviserasyon çok fazla değilse yaranın üzeri kapatılıp bantlanabilir. Hasta yaşar ve iyileşirse yara fitik oluşumu ile kapanabilir.

Yara kenarları gevrek ve frajil olsa da temiz yara sütüre edilmelidir. NGS takılır, yara kenarları avive edilir. Eğer insizyon boyunca çok küçük bir yer açılmışsa sadece orası dikilir. Fakat yaranın yarıdan fazlası açılmışsa bütün yara açılıp yeniden dikilmelidir.

SONUÇ

Eviserasyonlar oldukça yüksek mortalite taşımaktadır. Bunun yanısıra postop hastanede kalış süresi uzamakta, bu da işgücü ve maddi kayıplara yol açmaktadır. Bu nedenlerle her vakada oluşabileceği düşünülerek özellikle riskli vakalar ameliyat öncesi iyi hazırlanmalı, predispozan faktörler ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Bu hastalarda insizyon seçiminde, batın kapama yöntemi ve materyallerinin seçiminde dikkatli olunmalı, anestezistle mümkün olduğunca işbirliği yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1- **Ellis Herold.**: "Management of the wound". Maigot's Abdominal Operations. Volume 1, 9. baskı, Ed. Seymour I. Schwartz-Herold Ellis. Prentice-Hall International Inc., Connecticut, ss. 195-213, 1990

2- **Gürleyik E.**: Abdominal eviserasyonlar. Çağdaş Cerrahi Dergisi, 5(2):115-119, 1991

3- **Irvin TT, Stoddard CJ, Greaney MG, Duthie HC.**: Abdominal wound healing: a prospective clinical study. Britt Med J. 2:351-352, 1977

4- **Karipineni RC, Wilk PJ, Danese CA.**: The role of the peritoneum in the healing of abdominal incisions. Surg Gynecol Obstet. 142:729-730, 1976.

5- **Poole GV.**: Machanical factors in abdominal wound closure: The prevention of fascial dehisence. Surgery, 97(6):631-639, 1985

6- **Pusane A, Göksoy E, Geçioğlu A.**: Relaparatomi endikasyonu olarak postoperatif eviserasyonlar. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, 11(2):123-128, 1980

7- **Şirin F, Kayabaşı B, Alver O, Özbal A.**: Eviserasyonlar. Medical (6):35-37, 1985

8- **Urschel JD.**: Laparatomy closure reinforced with buried polyglyconate retention sutures. Am J Surg, 161(6):687-689, 1991