

KARIN AMELİYATLARINDAN SONRA GÖRÜLEN EVİSERASYONLARIN TEDAVİSİ VE SONUÇLARI

Dr. Cansaran AĞAOĞLU (x)
Dr. Burhanettin SAVAN (xx)
Dr. Tahsin DEMİRTAŞ (xxx)
Dr. Atilla US (xxxx)

ÖZET

Bir yıl içinde kliniğimizde yapılan 1215 laparotomi vak'sından doğan eviserasyonlar incelenerek, çeşitli tedavi yöntemleri tatbiki ile sonuçları ve bu hastaların prognozları araştırıldı. Serbest eviserasyonlu vak'aların derhal ameliyatının gerektiği, genel anestezi altında en basit yoldan tüm tabakalanın anblok kapatılması yönteminden çok iyi sonuçlar alındığı görüldü. Bu tip hastalara mutlak tansiyon sütürü koymak gerekir. Genel durumu bozuk hastalara ise tutumcul tedavi yöntemi tatbik edildi. Bu seride ölüm oranı % 23.1, peritonit, hipoprotinemi, gastroentestinel fistüller ve septik şok başlıca ölüm nedenleri olarak saptandı.

GİRİŞ

Tüm hekimler ve özellikle cerrahlar yara iyileşmesini hızlandırmak ve düzenlemek isterler. İyi yapılmış bir ameliyatın sonucu dikkatli bir cerrahi bakım ile temiz ve sağlam yara iyileşmesine bağlıdır. Bu hastanın geleceği ve cerrahın başarısı ile yakından ilgilidir.

Kısaca ameliyattan sonra yara tabakalarının ayrılması ve iç organların dışarı çıkması, diye tanımlanan eviserasyonun tedavisinin yara iyileşmesi ile ilgisi vardır. Genellikle reaksiyonsuz bir laparotomi yarısında açılma içten dışa doğru olur. Önce adale ve fasialarda açılma olur, cilt hala sağlamsa insizyonel herni,

x A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği uzmanı

xx A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Profesörü ve Yöneticisi

xxx A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

xxxx A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı

aksi halde serbest eviserasyon meydana gelir. Enfekte bir yarada, öncelikle ciltten itibaren yara tabakaları açılarak yapışık eviserasyon dediğimiz kilinik patoloji oluşur. Literatürde eviserasyon sıklığı % 0.2-6 arasında bildirilmektedir. (1,7)

Yara açılmalarında hiç bir zaman tek bir etken gösterilmez. Başta hipoproteinemi ve enfeksiyon olmak üzere bir çok nedenler üzerinde durul-

muştur. Yaşlılarda, genel durumu bozuk olanlarda, malign hadiselerde, peritonit yapan birçok cerrahi hastalıklarda, yara iyileşmesini bozan olaylarda, kapatmadaki beceriksizliklerde de eviserasyon meydana gelmektedir.

Bu yazımızda kliniğimizde yaptığımız 1215 laparatomide ortaya çıkan 65 eviserasyon vak'asında uyguladığımız tedaviyi ve eviserasyonun doğurduğu sonuçları inceledik.

MATERYAL VE METOT

Kliniğimizde 1976 yılı içinde yapılan laparotomilerden 1215 tanesi incelendi. Bunların takibinde 65 eviserasyon gelişti (% 5.3). Bu vak'alara üç ayrı tedavi yöntemi uygulandı.

- 1- Derhal ameliyat
- 2- Mekanik yara temizliğini takiben lokal anestezi ile tamir
- 3- Granulasyona terk.

Tabaka tabaka kapatma, tansiyon sütürleri tatbiki, anblok kapatma teknikleri (Trough and trough, far and near, figure of eight) gibi cerrahi işlemler yapıldı. Bu arada ipek, tel sütür, kromik katküt gibi klasik dikiş maddeleri kullanıldı. Vak'alar takip edilerek iyileşme süreleri, tekrar açılıp açılmadıkları, hastanede kalma süreleri, ölüm nedenleri araştırıldı.

BULGULAR

Altmışbeş evisere vak'ının 58'i (% 89.2) acil, 7'si selektif olarak (% 10.8) ameliyat edilenlerde çıktı. Ellisekiz bir kez, yediside iki kez evisere olmuşlardır. Tablo I'de uygulanan tedavi

yöntemleri gösterilmiştir. Ondokuz vak'a (% 29.2) cerrahi girişimle tedavi edilmiştir. Kullanılan cerrahi teknikler de Tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo 1- Tedavi yöntemleri

Yöntem	Vak'a Sayısı	%
Derhal Ameliyat	19	29.2
önce granülasyon, sonra lokal anestezi ile tamir	19	29.2
Devamlı granülasyon	27	41.6
Topam	65	100.0

İkinci kez evisere olan yedi vak'anın beşi granülasyona bırakılmış, biri ameliyatla biride lokal anestezi al-

tında tedavi edilmiştir. Ameliyat tekniği olarak Tom jones usulü kitle sütürü uygulanmıştır.

Tablo II- Eviserasyon tamirinde uygulanan cerrahi teknikler

Cerrahi teknik	Vak'a Sayısı	Tekrar açılma	Ölüm	Şifa
TabakaTabaka	2	2	1	1
Tabaka, tabaka ve tans. S.	23	—	1	2
Periton ayrı, diğer tabakalar birlikte ve Tan. Sütürü	2	1	1	1
Periton ve fasia anblok , tansiyon S. (kromik, ipek, tel)	5	1	—	5
Far and near mass sütür	2	1	1	1
Tel ile anblok ve Tans. Süt.	4	—	—	4
Figure of eight mass sütür	1	—	—	1

Ondokuz vak'a (% 29.2) evise-rasyondan belli süreler sonra enerjik yara temizliliğini takiben lokal anestezi altında ve çoğu kez tel sütürle tamir edilmişlerdir. Genel durumu acele bir girişimi kaldırmayacak yirmiyedi vak'aya (% 41.6) yara pansumanları ve bandajlarla yaklaştırarak granülasyonla tedavi uygulanmıştır.

Vak'aların prognozu Tablo III'de gösterildi. Ölüm oranımız % 23.1'dir. (15 vak'a). Bunların dokuzu iki kez, dördü üç kez ameliyat geçirmişlerdir. Ölenlerin yedisinde ileostomi veya kolostomi vardı. İki vak'ada primer hadise Malign bir hastalıktı. Yedi vak'a ise ilk ameliyatlarını ileum gangreni nedeniyle geçirmişlerdir. Yine yedi vakada çeşitli nedenlerle fistül meydana gelmişti. Ölüm nedenlerini öncelik sırasıyla yazacak olursak, gastro intestinal fistüller,

hipoproteinemi, toksik şok, kalp, akciğer ve böbrek yetmezlikleri şeklinde bir tablo ortaya çıkar.

Tablo III- Evisere vak'alarda sonuç

Prognoz	Vak'a sayısı	%
Şifa	24	36.9
Sabah	25	40.0
Ölüm	15	23.1
Toplam	65	100.0

Sağlıklı olmayan sonuçlara göre 18 insezyonal herni saptanmıştır. Vak'aların hastanede kalma süreleri Tablo IV'de gösterildi. Ortalama 28.4 gün hastanede kalmaktadırlar. En fazla yatak işgal eden iki hastamız 120 gün yatmışlardır. Ölenlerin sekizi (% 53.3) ilk on beş gün içinde ölmüşlerdir. Basit bir hesapla kliniğimizin bir yatağı 1897 gün süreyle evissere hastalarca işgal edilmiştir.

Tablo IV- Vak'aların Hastahanedeki kalış süreleri

Günler	Yaşayan vak'a		Ölen vak'a	
	sayısı	%	sayısı	%
15 güne kadar	7	14.0	8	53.3
16-25	19	38.0	3	20.0
26-35	15	30.0	2	13.3
36-50	5	10.0	1	6.7
60+	4	8.0	1	6.7
Toplam	50	100.0	15	100.0

TARTIŞMA

Hemen cerrahi girişim uygulanan 19 hasta ; genel durumları henüz bozulmamış, serbest eviserasyonu olan vak'alardı. Bu yöntemlerden en iyi sonucu tüm tabakaların tel sütürle anblok kapatıldığı hastalarda aldık. Tansiyon sütürü bile konulmamış ve tabaka, tabaka kapatılmaya çalışılmış iki vak'a'nın ikisi de tekrar açılmışlardır. Yara dudakları ödemli ve nekrotik olan tabakaları ayrı kapatmanın gereksiz olduğunu göstermiştir. Yara dudaklarını geniş olarak içine alan kitle sütürleri kullanılmalıdır. Bunlar içerisinde de en çok tutulan yöntem Jones'un "far and near" uzak yakın kitle dikişi tekniğidir (8,9,2) Bu seride üç vak'a'ya uygulanmıştır. Tel sütür kullanılan ikisi şifa ile taburcu edildi. İpek kullanılarak yapılan bir vak'a ise tekrar açıldı. Beş hastaya tatbik edilen yöntem ise poriton ve fasiyanın kromik katkı veya ipek, bazanda tel sütür ile yara dudaklarından genişçe alınarak karşıdan karşıya basitçe anblok olarak kapatma ve tansiyon sütürleri ilave etmektir. Çok iyi sonuçlar aldık.

Eviserasyon tamirlerinde tansiyon sütürü koymanın mutlak endikasyonu

vardır. Literatürde çok komplike sütür teknikleri tarif edilmişse de basit karşıdan karşıya konulan dikişler anmaca ulaşmaya yeterlidir (11,14).

Evisere oldukları zaman genel durumları ikinci bir girişimi kaldırmıyacak hastalar tutumcul tedaviye alınmalıdırlar. Yaraya sürekli olarak pansuman yapılır. Temizlendiği kiltürlerle kanıtlandığında lokal anestezi altında kapatılmaya çalışılır. Yara yerinde geniş defekt varsa bu tür bir bir kapama olanaksızdır. Tutumcul tedaviye devam edilerek yaranın granülasyonla dolması beklenir. Bu uzun süreli bir tedavidir ve ventral herni kaçınılmaz sonuçtur. Nitekim bu seride tekrar muayene etme fırsatını bulduğumuz hastalarımızın onsekizinde herni vardı. Daha fazla hastayı kontrol edebilsaydık sıklık şüphesiz ki daha çok olurdu. Ama hastalarımızın hayatlarının da aynı oranda kurtulması bu problemi sevimli kılacak niteliktedir. Tedavi süresince hastaların karın duvarlarına stabilize sağlamak için bildiğimiz gaz sargılar, lastik korseler, elastik bandajlar kullanılır. Mark greft böyle vak'alarda "marlex mesh" tatbik etmiş ve karın stabilitesini sağ-

ladığı gibi hasta hayatını tehdit etmeden enfeksiyona rağmen eviserasyonu tedavi etmiştir (15).

Bu seride tutumcul tedaviye alınan vak'aların çokluğu dikkati çekmektedir. Diğer serilerde bu sayıya yaklaşmamaktadır (3,4,19). Vak'aların büyük bölümünün peritonitli olmasının ve genel durumlarının çok bozuk olmasının önemi vardır(7),

Altmışbeş vak'anın ellisi (% 76.9) şifa veya salah ile taburcu edildi. Onbeş vak'a (% 23.1) ölmüştür. Çeşitli yazarlar mortaliteyi % 7-85 olarak bildiriyorlar (2,5). Efron % 21, Guillemin % 42.8, Keill % 29.9, Reitano % 35 gibi değerler bildirmektedirler. Bizim % 23.1.'lik oranımız bu serilerin çoğundan daha azdır.

Ölüm nedenleri; peritonit, fistül, hipoproteinemi, septik şok , kalp, akciğer ve böbrek yetmezlikleri olarak belerlenmiştir. Diğer önemli bir noktada üç vak'a dışında ölen bütün vak'aların

iki veya üç kez ameliyat geçirmiş olmalarıdır. Ameliyat sayısı ile ölüm doğru orantılı olarak görülmektedir. Ayrıca organizmanın tüm sistemlerinin bozulmasında söz konusudur.

Yedi vak'a dışında tüm hastalar 16-120 gün arasında hastanede kalmışlardır. Ortalama süre 28.4 gündür. Nazzaro bu süreyi 33 gün olarak bildirmektedir (10). Pratt, eviserasyondan sonra hastaların en az iki hafta hastanede yattıklarını söylemektedir (16). Vak'aların hepsi 1897 gün süreyle kliniğin bir yatağını işgal etmiştir. Bunun anlamı ise şudur. Bu yatak 5.1-yıl süreyle doludur. Hastanın günlük masraflarını en azından 100 TL. olarak kabul edersek kabaca bir hesapla 189.700liralık bir gelir kaybıyla karşılaşırız. Bir cerrahi asistanı böyle bir hastanın bakım ve tedavisi için günde en az otuz dakikasını ayırsa 39.3 gün hiç dinlenmeden hastanede kalması gerekirdi. Bu kadar masraflı ve sonuçları kötü olabilen bir klinik tablonun en iyi tedavisi korunma olmalıdır.

SONUÇ

Hastaya ve hekime maddi ve manevi birçok külfet yükleyen bir komplikasyon olan eviserasyonun tedavisi hemen yapılmalıdır.

Serbest eviserasyonlar olduğu anda derhal ameliyathaneye alınmalı ve genel anestezi altında tamir edilmelidir. Bu tamirde kitle sütürlerinin tatbiki en uygun olan yöntemdir. Tüm tabakaların anblok veya fasias ile peritonun birlikte kapatılması ve mutlak tansiyon sütürü konulması gerekir.

Genel durumu Yeni bir cerrahi girişimi kaldıramıyacak hastalara tutumcul tedavi tatbik edilmelidir. Yara temizliği büyük bir dikkat ve enerji ile yapıldıktan sonra ilk fırsatta tamir edilmelidir. Defekt genişçe granülasyona bırakılmalı veya imkan dahilinde oto veya heterogreftlerle kapatılmaya çalışılmalıdır. Eviserasyon hastanın genel durumunu bozarak, gastrointestinal fistüllere sebep olarak devamlı enfeksiyon kaynağı teşkil edip, septik

şoklara neden olarak onu ölüme götürür. Bu nedenlerle evissere hasta özel ünitelere alınıp, özenle takip edilmelidir.

Bu kadar masraflı olduğunca da ölümcül bir komplikasyon cerrahın daima korkulu düşü olmaktadır. Her cerrah, daha başlangıçta anesteziğin becerisiyle önünde rahatca uyuyan hastasına bıçağını atarken veya fasiasını

kapatırken tüm becerisini göstermeli, çeşitli fikir deplasmanlarını yapabilmelidir. Açılmaya engelliycek önlemleri düşünerek tatbik etmelidir. Hiçbir vak'ayı küçümsememeli, appendektominin bile beklenilmeyen komplikasyonlara yol açtığını bilmelidir. Cerrahın bilgi ve tecrübesi teknik kusurlardan doğacak evisserrasyonları önlemeye yeterlidir.

SUMMARY

Treatment and results of eviscerations after abdominal operation,

Studying on the eviscerations occurred among 1215 laparotomies during one year several therapeutic measures and the prognosis of these patients have been investigated.

The cases with free evisceration should be operated immediately. Management of this type of patients

with en-block closure method under general anesthesia was found to be very successful.

The patients with bad general condition should be managed conservatively. In these series mortality rate was % 23.1, peritonitis, hypoproteinemia, gastrointestinal fistula and septic shock was found to be the main death causes.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1- Değerli, Ü.: Cerrahi Hastaların Bakımı ve ilgili problemler S. 191-215, İstanbul Basımevi, İstanbul 1970.
- 2- Maingot, R.: Abdominal operation. P. 54-62, Sixth edition, Vol. I. Appleton Century Crafts, London, 1974.
- 3- Keill, R.H., et al.: Abdominal wound dehiscence. Arch. Surg., 106: 576-7, 1973.
- 4- Reitano, J.; et al.: Abdominal wound dehiscence. Acta. Chir. Scand. 138: 170-5, 1972.
- 5- Schwartz, Seymour I.: Principles of surgery. P. 462, Second ed., Mc Graw Hill Book Company, New York, 1974.
- 6- Bidulescu, ü; al. Postoperativite eviscerations. Chirurgia, Vol. XXI, No: II, P. 1011-1014, 1974.
- 7- Ağaoglu, C: "Karın ameliyatlarından sonra evissereasyon nedenleri ve tedavi ilkeleri", Atatürk Ün. Tıp Fak. G. Cerrahi Kliniği Uzmanlık Tezi, Erzurum, 1977.
- 8- Hardy, J.D.: "Wound Complications", p. 406-407, Editor; David

- C. Sabiston Jr. "TEXTBOOK OF SURGERY". Tenth ed., W.,B. Sunders Company, Phladelphia, 1972.
- 9- Hermann, R.: Abdeminal wound closure using a new polipropilen monofilament suture. Surg. Gynecol. Obstet., 138-84-6, 1974.
 - 10- Nazzaro, R.: Abdominal wound dehiscence . Connecticut Medicini, P. 652-58, Doc. 1974.
 - 11- Campbell, D.; Swenson O.; Wound dehiscence in infantsand children, jaurnol of ped. surg., Vol. 7., 1972.
 - 12- Charles, A.: Technique for placingretantion sutures in the morbidly obese. Surg. Gynecol. Obstet., 136: 981-2, Jun 73.
 - 13- Adams, G., et al: A safe method closure with retantion sutures. Surg. Gynecol. Obs. 136: 981-2, 1972.
 - 14- Bruin. Th. R.: Prevantion of abdominal disruption and postoperative hernia. Int. Surg., 58: 408-11, Jun. 73.
 - 15- Markgreft, W.: Abdominal wound dehiscence. A technique for repair with marlex mesh. Arch. Surg., 105: 728-32, 1972.
 - 16 Pratt, j.: Wound healing and Evisceration. Clin. Obstet. Gynecol., 16: 126-34, 1973.