

KARIN AMELİYATLARINDAN SONRA EVİSERASYON NEDENLERİ

Dr. Cansaran Ağaoğlu (x)
Dr. Burhanettin Savan (xx)
Dr. Tahsin Demirtaş (xxx)
Dr. Atilla Us (xxxx)

ÖZET

Bu araştırma klinğimizde 1976 yılı içerisinde yapılan 1215 laparotomiyi içermektedir. Altmışbeş eviserasyon saptanmıştır (% 5,3) Ameliyat yarasının tüm tabakalarının açılması eviserasyon kabul edilerek yaş, cins, fiziksel durumu, birincil hastalık, kesi biçimi, kan proteinleri, kapatma yöntemi, elektrolitler yönünden incelemeler yapıldı. Acil vakalarda % 6,4 selektif vakalarda % 2,2 lik bir sıklık bulundu. Araştırma sonunda enfeksiyon ve hipoproteinemi iki temel neden olarak belirlendi.

GİRİŞ

Son yüzyıl içerisinde hızla ilerliyerek her konuda başarılı aşamalar gösteren cerrahide yara ayrılmaları hala önemli bir sorun olarak karşımızdadır.

Eviserasyon, yaranın cit, cilt altı, anterior ve posterior rektus kılıfları ile periton tabakalarının tamamının açıl-

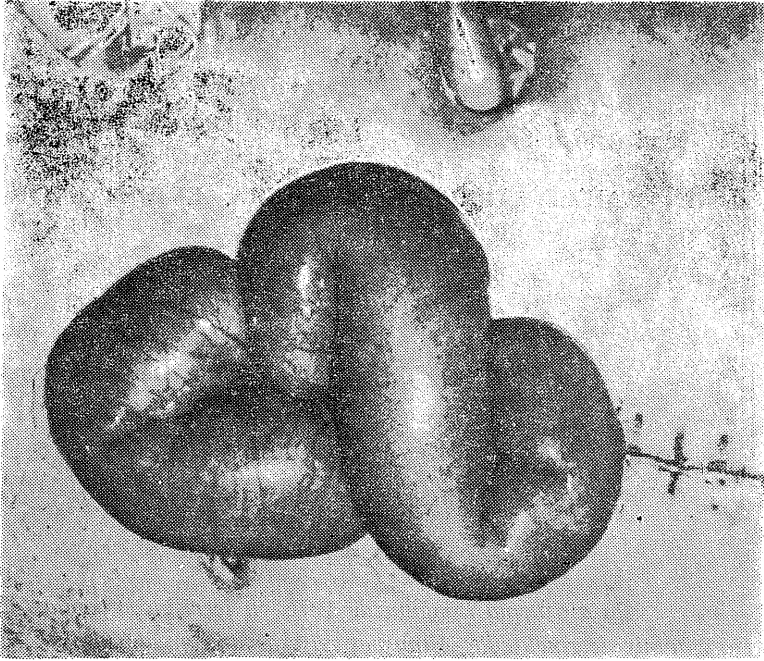
arak iç organların karın dışına çıkmasıdır. Dilimize evantrasyon olarak geçmişse de bu terim bir çok yazarlarca ameliyat fıtıkları için kullanılmıştır (1,2). Başta Maingot olmak üzere çoğu yazarlar evantrasyonu kısmi ve tam olarak ikiye ayırırlar ve tam evantrasyonda "evisceration" diye nitelendirirler (3,4).

(x) A. Ü. Tıp Fakültesi G. Cerrahi Kürsüsü Uzmanı.

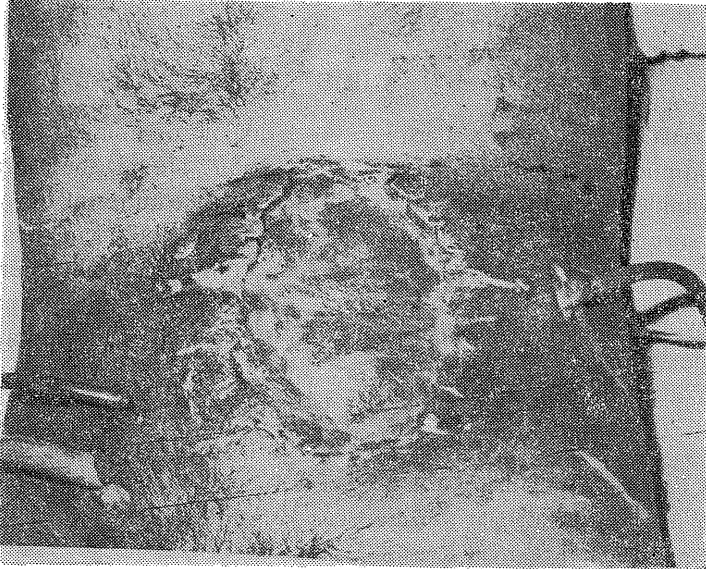
(xx) A. Ü. Tıp Fakültesi G. Cerrahi Kürsüsü Yönetecisi, Profesör.

(xxx) A. Ü. Tıp Fakültesi G. Cerrahi Kürsüsü Uzmanı.

(xxxx) A. Ü. Tıp Fakültesi G. Cerrahi Kürsüsü Uzmanı.



Resim 1: Serbest Eviserasyon.



Resim : 2 Yapışık Eivserasyon.

Eviserasyon oluşan patolojiye göre ki tipte incelenir:

1- Serbest eviserasyon (organ prolapsusu)

2- Yapışık eviserasyon (organ prolapsusuz)

Serbest eviserasyonda organlar öncelikle periton ve fasia arasından fırılarak çıkarlar. yapışık tipte ise özellikle enfeksiyon nedeniyle barsaklar birbirlerine yapıştıklarından ciltten fırılamazlar. (Re. 1.2) Klasik kitaplarda eviserasyon sıklığı % 0,-2-5,5 arasında bildirilmektedir (4).

Eviserasyon etyolojisinde sorumlu tek bir etken gösterilemez. Bir çok etkenlerin birleşmesi sözkonusudur. Yaş, cins, anestezi tipi, cerrahın kişiliği, kesi biçimi, kapatma yöntemi, gibi teknik etkenler, askorbik asit eksitliği, birincil hastalıklar, enfeksiyon, dikiş materyeline duyarlık gibi yara iyileşmesini etkileyen nedenler araştırmacıların süzgecinden geçmiştir.

Bu çalışmamızda kliniğimizde yaptığımız laparotomilerde eviserasyon nedenleri araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD

1976 yılı içerisinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde yapılan 1215 laparotomi incelenerek 65 eviserasyon saptanmıştır. Tüm tabakaların açılması eviserasyon kabul edilmiştir.

1215 vak'anın 903 ü (% 74,3) acil olarak açılmış, 312 si (% 25,7) selektif olarak yapılmıştır. Vak'alar yaş, cins, fiziksel durumları, acil veya selektif olarak yapıldığı, birincil hastalık, hemoglobinin kan proteinleri, elektrolit durumlarına göre incelendiler. Ayrıca kesi

tipi, kapatma yöntemi, karın içi basıncını arttıran nedenler ve eviserasyonunun öncel belirtileri araştırıldı.

Kliniğimizde çoğunlukla paramedian ve median kesiler kullanılır. Bazı özellik taşıyan vak'alarda subkostal, semisürkülü, oblik transvers kesilerde uygulanmaktadır. Periton O kromik katkılı, fasia 000 ipekle kapatılır. Cilt için 00000 ipekler tercih edilir. Şüpheli vakalara ekstraperitoneal tanzasyon dikişleri konulur.

BULGULAR

1215 vak'anın 65 de (% 5,3) eviserasyon olmuştur. Ellisekiz vaka acil olarak % 89,2 yedi vaka (% 10,8) selektif olarak ameliyat edilenler içinde çıkmıştır. Vak'aların ellisi erkek (%

76,9), onbeşi kadındır (% 23,1). Kadın erkek oranı 1/3,3 tür. Hastaların 32 si zayıf 29 u orta, 4 ü ise şişmandır. Evisere hastaların birincil hastalıkları tablo- 1 de gösterilmiştir.

TABLO: I- Birincil Hastalıklara Göre Eviserasyon

Birincil Hastalıklar	Vak'a Say.
Malign Hastalıklar	6
Mide ve Duodenum Hastalıkları	4
Safra ve Safra Yolu Hastalıkları	1
Mekanik obst. na bağlı gangren, perforasyon	13
Sigma gangreni	3
İleum torsiyonu	1
İleostomive kolostomi tamiri	5
G.İ. Fistüller	2
Perfore appendisit	12
Akut Appendisit	2
Tifo Perforasyonu	4
Pelvik İnflamatory Disease	3
Penetre karın travmaları	4
Retroperitoneal abse	1
Künt karın travmaları	2
Kist hidatik marsupializasyonu	1
Mezenter Kisti	1
TOPLAM	65

Kesi biçimlerine göre eviserasyon nedenleri Tablo II de görülmektedir. En çok eviserasyon sağ alt paramedian keside saptandı (% 10.8) Toplam 861 vertikal keside sıklık % 7.5 tur. Tüm eviserasyonların % 98,5 u vertikal % 1,5 i diğer kesilerde görülmüştür.

Vak'alarımızın 368 ine (% 30,3) tansiyon sütürü konuldu. Evisere olanlar içinde 25 vak'aya konulmuştu. Klinik patolojiye göre oniki vaka serbest (% 18,5) ellüçü (% 81,3) yapışık eviserasyon tipindeydi. Ameliyat sonrası devrede karın içi basıncı arttıran mekanik etkenler tablo III de incelenmiştir.

TABLO: II- Kesi Biçimlerine Göre Eviserasyon

Kesi Biçimi	Vaka Say.	Evis.	%
Sağ üst paramedian	164	8	4.9
Sağ orta paramedian	200	20	10.0
Sağ alt paramedian	195	21	10.8
Sol üst paramedian	33	3	9.1
Sol orta paramedian	35	3	8.6
Sol alt paramedian	36	2	5.5
Üst median	128	4	3.1
Alt üst median	52	3	8.6
Alt median	18	—	—
Diğer Kesiller	65	1	1.5
Mc Burney Kesisi	289	—	—

TABLO: III- Karın İçi Basıncını Arttıran Mekanik Etkenler

Etkenler	Vak'a sayısı	%
Distansiyon	42	64.6
Kusma	32	49.2
Öksürük	41	63.0

% 81,5 vak'ada enfeksiyon vardı. En çok görülen enfeksiyon amili 42 kültürde üretilen E. Colidir. Eviserasyon en erken 4. günde, en geç 14. günde görüldü. Açılma dikişlerin alın-

dığı günlerde daha çok olmaktadır. Eviserasyonun öncel belirtileri oniki vak'ada serosangin sıvı gelmesi, kırk vak'ada ise enfeksiyondur. Vak'aların kan proteinleri tablo IV de gösterilmiştir.

TABLO: IV- Evisere Vak'aların Kan Proteini Değerleri

Protein Değerleri (gr)	Ameliyat Öncesi		Ameliyat Sonrası	
	Vak'a S.	%	Vak'a S.	%
3-3.9	—	—	8	12.3
4-4.9	7	10.7	34	52.3
5-5.9	4	6.2	13	20.0
6-6.9	4	6.2	4	6.2
7 +	—	—	—	—
Bilinmeyen	50	76.9	6	9.2
TOPLAM:	65	100.0	65	100.0

% 84,6 hastada 6 gramın altında bulunmuştur. Albumin değeride buna paralel olarak düşük bulunmuştur. Dört gramın üzerinde sadece üç vak'a vardı. Tüm hastalara ameliyat öncesi ve sonrası devrede hemoglobin baktırılmıştır.

Ameliyat sonrası devrede % 70,8 oranında bir grup hastanın hemoglobini 12 gramın altında saptanmıştır. Bu hastaların sodyum değerleri % 89,2 vak'ada potasyum değerleri ise % 95,4 vak'ada normalin altındaydı.

TARTIŞMA

Tüm cerrahi kitaplarında eviserasyon sıklığı % 0,2-3,0 arasında bildirilmektedir. (3,5,6.) Ancak kanserli, yaşlı, acil nedenlerle ameliyata alınan hastalarda bu oran % 5,0-6,2 olarak verilmektedir. (4,5,7,8,9,10). Düşük eviserasyon sıklığı olan seriler taranması güçlükler arz eden, çok geniş zaman

aralıklarını kapsayan serilerdir. Yine bazı seriler yeni geliştirilmekte olan dikiş materyalinin kullanılmasını sağlamak için yapılan çalışmalar olup, vak'aları özellikle seçildiğinden insidensleri düşük olmaktadır (2,11,12,13, 14). Aynı araştırmacılar acil, genel durumu bozuk hastalarda ve kanserli vak'a-

larda % 5,0-6,2 lik bir oran bildirirlerki buda haklı olduğumuzu kanıtlar. Bu nedenledirki bizde vak'alarımızı acil ve selektif olarak ayırdık. Hiçbir seride rastlamadığımız kadar süpüre peritonitli, gangren yapmış ileuslu, genel durumu bozuk hastaları kapsayan serimizde elde olunan % 5,3 lük insidensi normal karşılamak gerekir. Kaldığı selektif vakalardaki % 2,2 lik sonuç Efron, Mendoza, Kirk, Welch, gibi araştırmacıların verilerine uymaktadır (3, 4,13).

Erkek kadın oranımız literatüre uymaktadır. Eviserasyon 50-60 yaş gurubunda gençlere nazaran 3-6 kez daha fazladır (7,8,4). Bu seride vak'aların % 60,0 ı kırk yaşın üzerindeydi. Gıda düzeni bozukluğu, katabolik olayların artması, doku kanlanmasının azalması gibi nedenlerle yaşlılarda daha çok görülür (4).

Şişmanlık yara açılması ile doğru-
dan ilgili değildir. Ancak cerrahi teknik olarak zorlar. Enfeksiyona yol açar, dikiş hattına gerginlik verir. (15). Protein depoları boş, azot bilançosu negatif, vitamin yetersizliği olan zayıf hastalarda eviserasyon daha sıktır. Çalışmamızda bunu göstermiştir.

Anemi ve hipoproteinomi yaranın gerilme direncisini azaltarak etki yapmaktadır. Bu seride ameliyat öncesinde vak'aların % 73,3 de, ameliyat sonrası ise % 94,0 de protein değerleri altı gramin altında bulunmuştur. Albumin eksikliğinde yara dudaklarında ödemler meydana gelmekte ve ayrılmaya neden olmaktadır. Keill, Reitamo, Nazzaro, Major, Wienfield, Hinton tüm araştırmalarında bu hususu teyit etmektedir. (9,11,12,15,17).

Son yıllarda Kathews ve Fuching yarada fibrinolisisin artmasının yara iyileşmesini engellediğini göstermişlerdir. Karaciğer parankimi bozulmuş, peritonitli, ağır gastrointestinal kanamalı hastalarda, kanserlilerde proteolitik aktivitenin arttığı gösterilmiştir (11, 12, 17, 18). Bu seride labaratuvar şartları elvermediği için etraflı inceleme yapılmamakla beraber gözlemlerimiz dikkati çekicidir. Akut mide kanamalı bir vak'a, çok büyük bir karaciğer kisthidatığı olan ve marsupialize edilen bir vak'a, Aglonjenik myeloid metaplazili bir diğer hastamızda görülen eviserasyonlar bu yoldaki kanıları kuvvetlendirici bulunmuştur (3).

Birincil hastalığın etkisi incelendiğinde literatürde özellikle kanserin üzerinde durulduğu görülmektedir (4, 9,16,19). Bu seride ancak % 9,2 vaka malign hadiselerle bağlıydı. Önde gelen hastalık gurubumuz mekanik obstruksiyonlara bağlı olarak meydana çıkan tablolarıdır. Onyediy vaka ile % 26,1, birincil etkindir. İkinci sırayı % 18,5 ile perfore appandisitler almaktadır. Gasrointestinal fistüllerde önemli bir yer tutar. Tifo perforasyonu nedeniyle olan vakalarında ilave edecek olursak % 22,2 lik bir oran elde edilir. Kolostomili ve ileostomili vak'alarımızda % 18,3 lük bir sıklığımız vardır. Maingot peritonu tutan hastalıklarda veya onun muhtevasının lezyonlarında eviserasyona meyil vardır, der. (4). Serimizde % 71,7 vakada peritonit vardır. Birincil hastalıkla eviserasyon arasında bir ilgi kurulamayacağını söyleyen Keillve arkadaşlarına rağmen peritonit yapmış perfore appandisit, ileum ve kolon gangreni başta olmak üzere malign hastalıklar, tifo perfo-

syonu, pelvic inflammatory disease, penetre karın yaralanmaları gibi patolojiler bu çalışmada önem kazanmışlardır.

Diğer araştırmacıların tersi olarak eviserasyonun öncel belirtisi bu seride % 61,6 ile enfeksiyon olarak belirlendi. Serosangin sıvı gelmesi ancak % 18,4 vak'ada görülmüştür. Tüm vak'alarımızın % 81,5 de enfeksiyon vardı. Pratt, her üç vakanın birinde enfeksiyon vardır der. (19).

Ameliyat sonrası devrede distansiyon, kusma, öksürük gibi mekanik etkenler kesi üzerinde gerginlik yaratarak, dikişlerin gevsemelerine neden olmaları yanında, distandü barsak ansları içine 25-30 gram kadar protein kaybı olmasıyla da eviserasyon nedeni olmaktadır.

Teknik nedenler içinde kesi tipinin yeri vardır. Diğer serilerde transvers kesiler en uygun olarak belirlenmiştir. Bu seride tüm laparotomilerin % 61,6 nu kapsayan vertikal kesilerde oluşan ayrılmalar saptanan eviserasyonların % 98,5 nu teşkil eder. Paramedian kesilerde ayrılma sıklığı % 8,6, median kesilerde ise % 3,5 tir. Bu çalışmada eviserasyona en meyilli kesi olarak sağ alt para median kesi belirlenmiştir. Alt kesiler anatomik olarak daha zayıf kesiler olmakla beraber daha çok per-

fore appadisit gibi generalize peritonit yapan tablolarda tercih edildiğinden, da-imi eviserasyon riski altındadır. Median kesiler paramedian kesilere göre daha avantajlıdır. (Bak tablo: II) diğer kesiler olarak incelediğimiz subkostal, transvers, oblik kesiler daha fizyolojik tipler olduğundan ayrılma daha azdır. Bu kesilerde açılma zorlukları, cerraha dar bir görüş sağlaması gibi zorlukları vardır.

Tek başına bir neden olarak kabul edilmeyen kesi tipi gibi kapatma yöntemleride eviserasyona salt olarak yol açmazlar. Ancak tansiyon sütürü kullanmanın yara açılması sıklığını azalttığı bir çok araştırmacıların birleşik fikridir. (18,19,7,4,6).

Teknikte yapılacak acemilikler, özellikle fasial tabakaların kapatılmasındaki dikkatsizlik eviserasyona yol açabilir. Bu seride iki vak'ada teknik hata nedeniyle açılma oldu.

Bir başka düşünülen etkende dikiş materyelinin seçimidir. Önemli olan anatomik tabakaların özelliklerine göre dikiş materyali tatbikidir. Örneğin, fasiayı katkütle kapatmanın büyük riski vardır. Yine dikişlerin dokuyu kesmesi, beslenmesini bozmaması gerekir. Bu seride anestezi tipinin ve drenajın eviserasyon üzerine etkisi değer kazanmamıştır.

SONUÇ

Gerçekten cerrahi ameliyat sonrası uzun uzun düşündürülen bir komplikasyon olan eviserasyon için salt bir neden saptanamamıştır. Ancak ilk planda iki ana neden belirlenmiştir: Hipoproteinemi ve enfeksiyon.

Birincil hastalık, anemi, elektrolit bozuklukları, fibrinolitik hadiselerde artma yardım edici nedenler olmaktadır.

Kesi biçimi ve dikiş materyali cinsi özellikle önem taşımaktadır. Kapatma

yönteminde büyük acemilikler yapılmadıkça eviresayon kolay kolay oluşmaz. Alt ve orta paramedian kesilerde dahafazla eviresayon riski vardır. Median kesiler bunlara nazaran daha avartajlı kesilerdir.

Ameliyat sonrası devirde karın içi basıncı arttıran, distansiyon, öksürük, kusma gibi mekanik etkenlerde önem kazanmışlardır.

Bu seride ölüm sıklığı % 23,1 bulundu. Vak'aların hastahanedeki kalma süreleride 28,4 gün olarak saptanmıştır.

SUMMARY

CAUSES OF EVISCERATION FOLLOWING ABDOMINAL OPERATION

This study includes 1215 laparotomies operated in 1976 in our clinic. Sixtyfive cases have been found eviscerated % 5,3. We have studied age, sex, physical condition, primary, disease incision pattern, closure method, blood proteins, hemoglobin, and electrolytes of the cases.

We have assessed the cases as emergent and selective separately. The incidence of evisceration in emergent cases % 6,4, and selective cases % 2,2.

It has been understood after this study that not a single factor had been responsible as evisceration cause. Infection and hypoproteinemia have been found as two basic factors.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1- Doğru, Mecit: Ameliyat Öncesi-Ameliyat Sonrası. S. 611-614, II. B. I cilt, Üniversiteler Kitabevi, İstanbul, 1976.
- 2- Jennings, W. E.: Disruption of abdominal wounds in a looked community hospital, J. Arkansas Med. Soc. 69: 187, 1972.
- 3- Ağaoglu, C.: "Karın Ameliyatlardan Sonra eviresayon Nedenleri ve Tedavi İlkeleri" Erzurum, Atatürk Ün. Tıp Fakültesi G. Cerrahi Kl. Uzmanlık Tezi, 1977.
- 4- Maingot, R.: Abdominal Operation, p. 54-62, Sixth ed. vol. I. Appleton Century Crafts London, 1974.
- 5- Schwartz, S. I.: Principles of Surgery, p. 462 Second ed., McGraw Hill Book, Company, New York, 1974.
- 6- Wilson, J. L.: Cerrahi El Kitabı, Çev: Süha Demirtaş, IV. B., Başnur Matbaası, Ankara 1970.
- 7- Altemeier, W. A. and Berikich, E.: "Wound Complications" p. 199-204, Ed. James D. Hardy, Critical Surgical Illness, First ed., W. B. Saunders Company Philadelphia, 1971.
- 8- "Burst Abdomen" British Medical Journal, p. 4-5 July, 1972.
- 9- Keill, R. H.: Abdominal Wound Dehiscence, Arch. Surg. 106:5767, 1973.
- 10- Nazzaro, R.: Abdominal Wound Dehiscence, Connecticut Medicine, p. 652-58, 1971.

- 11- Goligher, j. C.: Visceral and parietal sutures of abdominal surgery, The American journal of Surgery Vol. 131, p. 130-139, 1976.
- 12- Erckparadt, Von B., Jhemich A., Nitsche, L.: Der wert der preoperativen auftretenden wunddehiszen nach laparatomien. Zentral blatt für chirurgia, Heft, 14, p. 433-436, 1970.
- 13- Kirk, R. M.: The incidence of burst abdomen. Comparasion of layered opening and closing with straight through on laved closure. Proc. Roy. Soc. med., 66: 1092-93, 1973.
- 14- Martyak, S. N.: Abdominal incision and closure, The American journal of Surgery 131: 476-479, 1976.
- 15- Madd, ., Peacock, E.E.: Studies on the biology of kollagen duiring wound healing, Ann. Surg., 174: 511, 1971.
- 16- Reitano, j., et all: Abdominal wound dehiscence. Acta. Chir. Seccon., 138-170, 1972.
- 17- Amann, E., et all: Die wunddehiszen naeh laparatomien, Chirurg. Vol. 42, p. 133-130, March, 1971.
- 18- Adams, G.: A safe method closure with retantion sutures. Surg. Gynecol. Obs. 136: 981-2, 1973.
- 19- Pratt, jg.: wound healing-Evisceration, Clin. Obstet. Gynecol. 16: 126-34, 1973.