

Çocuklarda acil relaparotomi*

Cüneyt TURAN, Muzaffer ZORLU, Ahmet KAZEZ, Hamit OKUR

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri

Özet

Haziran 1986-Temmuz 1992 tarihleri arasında 36 acil relaparotomi uyguladığımız 32 olgu retrospektif olarak incelendi. Yirmisi erkek, 12'si kız olan olguların yaşları 8 gün-13 yıl arasında (ortalama 5.1 yıl) idi. İlk ameliyat olguların 13'ünde peritonit, 12'sinde konjenital anomaliler, 7'sinde ise tümör sebebiyle yapılmıştı. En sık relaparotomi sebebi brid ileusu (10 olgu), en sık yapılan işlem ise evisserasyon onarımı (8 olgu) idi. Hastalardan 7'si (% 21.8) ameliyat sonrası dönemde kaybedildi. Literatürde az sayıda çalışma olmasına karşın, acil relaparotomi çocuk yaş grubunda yüksek morbidite ve mortalite ile önemli bir problem oluşturmaya devam etmektedir.

Anahtar kelimeler: Relaparotomi, evisserasyon ameliyat sonrası barsak tıkanıklığı

Summary

Urgent relaparotomy in children

Between June 1986 and July 1992, a total of 36 relaparotomy were carried out on 32 children and evaluated retrospectively. There were 20 boys and 12 girls. The age range was 8 days to 13 years (average 5.1 years). The first operation had been performed in 13 patients for peritonitis, in 12 patients for several congenital anomalies and in 7 patients for tumors. The most common cause of relaparotomy was adhesive obstruction (in 10 patients), and the most frequent operative procedure was primary wound closure (in 8 patients). In this series, overall mortality rate was 21.8 % (7 cases).

Key words: Relaparotomy, adhesions, intestinal obstruction, evisceration

Giriş

Relaparotomi, daha önce çeşitli sebeplerle laparotomi geçirmiş olgularda kolostomi kapatılması ve tümörlerde ikinci bakış operasyonu (second look operation) gibi elektif amaçlarla, ya da çeşitli komplikasyonlar sonucu ortaya çıkan acil şartlarda yapılmaktadır. Uygun olmayan şartlar ve zamanlama yüzünden acil relaparotomilerin morbidite ve mortalitesi de yüksek olmaktadır (2,4). Literatürde bu konuda yapılmış az sayıda çalışma olduğundan, acil relaparotomi uyguladığımız 32 olguyu retrospektif olarak inceleyerek sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Haziran 1986-Temmuz 1992 tarihleri arasında kliniğimizde acil relaparotomi uygulanan 32 olgu retrospektif olarak incelendi. Değerlendirme kriterleri olarak olguların yaş ve cinsiyetleri, ilk ameliyat bul-

guları ve yapılan işlem, ikinci ameliyattaki bulgular, iki ameliyat arasında geçen süre, ikinci ameliyatta yapılan işlem ve sonuçlar kaydedildi. Elektif şartlarda yapılan relaparotomiler bu çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular

İncelenen toplam 32 olgunun 20'si (% 62.5) erkek, 12'si (% 37.5) kız idi. Olguların en küçüğü 8 günlük, en büyüğü 13 yaşında olup yaş ortalamaları 5.1 yıl olarak bulundu (Tablo I). İlk ameliyat, olguların 13'ünde peritonit, 12'sinde konjenital anomaliler ve 7'sinde tümör sebebiyle yapılmıştı. En çok yapılan işlemler ise stoma açılması (7 olgu) ve barsak rezeksiyonu (6 olgu) idi (Tablo II). İki ameliyat arasında geçen süre olguların yarısında 1 aydan az, 8'inde (% 25) 1-12 ay arasında değişmekteydi. Kalan 8 olguda bu süre 12 aydan uzundu (Tablo III). En sık relaparotomi sebebi brid ileusu (10 olgu) ve evisserasyon (8 olgu) idi (Tablo IV). En sık yapılan işlemler ise evisserasyon onarımı (8 olgu), brid ayrılması (7 olgu) ve stoma açılması (7 olgu) idi (Tablo V).

* XII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde tebliğ edilmiştir (Kuşadası, 3-6 Kasım 1992)

Adres: Dr. Cüneyt Turan, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri

Tablo I. Olgularımızın yaş dağılımı

	Olgu sayısı	%
0-1 ay	5	15.6
1-12 ay	7	21.9
1-5 yaş	4	12.5
6-10 yaş	8	25.0
11-16 yaş	8	25.0
Toplam	32	100

Tablo II. İlk ameliyatta yapılan işlemler

Ameliyat	Olgu sayısı	%
Stoma açılması	7	21.8
Rezeksiyon-anastomoz	6	18.9
Onarım ameliyatları	5	15.4
Kitle eksizyonu ve biopsi	4	12.5
Apandektomi	4	12.5
Diğer	6	18.9
Toplam	32	100

Tablo III. İki ameliyat arasındaki süre

	Olgu sayısı	%
0-1 ay	16	50
1-12 ay	8	25
1-5 yıl	4	12.5
6-10 yıl	4	12.5
Toplam	32	100

Evisserasyon gelişen 8 olgudan birine barsak rezeksiyonu ve anastomoz yapıldı, diğerlerinde ise karın primer olarak kapatıldı. Relaparotomi gerektiren diğer komplikasyonlar, intestinal perforasyon (3 olgu), insizyonel herni (3 olgu), tümör metastazı (2 olgu), kolostomi komplikasyonları (2 olgu) ve intraabdominal abse (1 olgu) idi. Bu olgulardan perforasyon ve abse nedeni ile ameliyat edilen ikisi ameliyat sonrası erken dönemde kaybedildi. Bu seride ölen olgu sayısı 7 idi (% 21.8). Bunların 4'ü daha önce konjenital anomali, 3'ü ise peritonit sebebiyle ameliyat edilmişti.

Tartışma

Acil relaparotomi sıkça başvurulmuş bir işlem olmasına rağmen, bu konudaki yayınlar daha çok bu ameliyata yolaçan komplikasyonlarla ilgilidir^(1,2,4,6,7,11,14). Bu komplikasyonlar arasında en sık görülenler, ameliyat sonrası barsak yapışıklıkları ve yara ayrılmasıdır^(1,2,4,11,14). Serimizde de bu komp-

Tablo IV. Relaparotomi sebepleri

Tanı	n	%
Ameliyat sonrası barsak yapışıklığı	10	28.6
Evisserasyon	8	22
Anastomoz kaçağı	4	11
Anastomoz darlığı	3	8.2
Perforasyon	3	8.2
İnsizyonel herni	3	8.2
Kolostomi komplikasyonları	2	5.5
Tümör metastazı	2	5.5
Intraperitoneal abse	1	2.8
Toplam	36	100

Tablo V. İkinci ameliyatta yapılan işlemler

Ameliyat	İşlem sayısı	%
Evisserasyon onarımı	8	22.2
Brid ayrılması	7	19.5
Stoma açılması	7	19.5
Rezeksiyon anastomoz	6	16.7
İnsizyonel herni	2	5.5
Eksplorasyon	2	5.5
Stoma revizyonu	2	5.5
Tümör eksizyonu	1	2.8
Abse drenajı	1	2.8
Toplam	36	100

likasyonlar ilk sırayı almakta, bunları anastomoz kaçağı ve darlığı ile barsak perforasyonu izlemektedir (Tablo IV). İlk ameliyattan sonra barsaklar arasında meydana gelen yapışıklıklar, ameliyat sonrası barsak tıkanıklığına (ABT) yolaçabilmektedir. Fakat bazen internal herni, invajinasyon, volvulus ve anastomoz komplikasyonları da ABT'ye sebep olabilir.

ABT'nin sıklığı önceki serilerde % 10-30 arasında daha yeni serilerde ise % 8 civarında bildirilmektedir^(10,14,16). Janik ve ark.'nın serisinde ABT'nin sebebi % 50'nin üzerinde inflamatuvar ve neoplastik hastalıklar iken, Touloukian bu komplikasyonun özellikle majör gastrointestinal ameliyatlardan sonra görüldüğünü bildirmektedir^(8,14). Olgularımızın % 28.6'sında da relaparotomi gerektiren sebep ABT olmuştur (Tablo IV). Bu olgular arasında hem inflamatuvar ve neoplastik hastalıklar sebebiyle ameliyat edilenler, hem de büyük gastrointestinal ameliyatlardan geçirenler mevcuttu.

Akut ABT olguların dörtte üçünden fazlasında ameliyattan sonraki ilk üç ay içinde gelişir⁽⁸⁾. Bu seride de olguların çoğunda ABT ilk 12 ay içinde meydana gelmiştir (Tablo III). Bu durum olguların yakın ta-

kibini ve acil olarak tekrar geldiklerinde bu olasılığı gözönünde bulundurmayı gerektirmektedir. Bebek ve çocuklarda ABT'de konservatif tedavinin yeri olmadığına ve ABT tanısı konur konmaz tıkanmanın tam ya da kısmi oluşuna bakılmaksızın cerrahi tedaviye geçilmesini tavsiye eden yazarlar vardır (5,10). Son yıllarda mortalite oranlarının azalması da agresif cerrahi tedavinin uygulanmasına bağlanmaktadır (4,5,8). Buna karşılık tam tıkanmada bile ateş, taşikardi, lökositoz ve lokalize abdominal hassasiyet yoksa hastaların konservatif olarak tedavi edilebileceği ve bunun mortalite ve morbidite riskini arttırmadığını savunanlar da mevcuttur (12,13).

Bu görüşte olanlara göre, cerrahi girişim ne son çözüm, ne de en iyi yöntemdir. Çünkü relaparotomi sırasında % 11 oranında barsak yaralanması, ameliyat sonrası dönemde de % 5-15 oranında tekrarlayan ABT gözlenmiştir (1,4,8,14). Bu seride de ABT olguları öncelikle konservatif olarak takip edilmiş, ancak peritonit belirtileri gözlenen olgular ameliyata alınmıştır. ABT ön tanısıyla eksplere edilen 10 olgudan 7'sinde yapışıklıklar açılıp pasaj sağlanmış, 2'sinde kısmi barsak rezeksiyonu ve anastomoz yapılmış, birinde de ileostomi açılmıştır. Bu olguların tümünde ameliyat sonrası dönemde barsak pasajı normal olarak devam etmiş ve tekrar ABT gözlenmemiştir. Acil relaparotomi nedenlerinden biri de yara ayrılmasıdır ve serimizde ikinci sıklıkta yer almıştır (2,15).

Anastomoz kaçakları da relaparotomi sebepleri arasında önemli yer tutar (15). Elektif şartlarda yapılan kolon anastomozlarında % 1.7 oranında görülen anastomoz açılması, uygun olmayan şartlarda % 6.7'ye yükselmektedir. Bu komplikasyonu arttıran başlıca faktörler ise anemi, radyoterapi, enfeksiyon, hipotansiyon, ameliyat sırasında transfüzyon ve anastomoz bölgesinde malign doku bulunmasıdır. Anastomoz kaçağı mortaliteyi de oldukça arttırmaktadır (12). Bizim serimizde de 7 olguda anastomoz kaçağı tesbit edilmiş ve bunlardan ikisi ameliyat sonrası erken dönemde kaybedilmiştir. Ayrıca anastomoz kaçağı olan 4 olgudan üçünün ve ölen olgulardan ikisinin de daha önce peritonit sebebiyle ameliyat edilmiş olmaları, anastomoz sırasında mevcut enfeksiyonun bu tür komplikasyonlardaki rolünü göstermektedir.

Sonuç olarak, cerrahide sık başvuru olan acil relaparotominin yüksek morbidite ve mortalitesi ile çocuk yaş grubunda da önemli bir problem oluşturmaya devam ettiği söylenebilir.

Kaynaklar

1. Akgür FM, Tanyel FC, Büyükpamukçu N, Hişönmez A: Adhesive small bowel obstruction in children: The place and predictors of success for conservative treatment. *J Pediatr Surg* 26:37, 1991
2. Daly JW: Dehiscence, evisceration and other complications. *Clin Obstet Gynecol* 31:754, 1988
3. Ellis H, Heddl R: Does the peritoneum need to be closed at laparotomy? *Br J Surg* 64:733, 1977
4. Festen C: Postoperative small bowel obstruction in infants and children. *Ann Surg* 196:580, 1982
5. Filston HC: Other causes of intestinal obstruction. Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI (eds) "Pediatric Surgery", Chicago, Year Book Medical Publishers, 1986, s.895
6. Füzün M, Kaymak E, Harmancıoğlu Ö, Astarıcıoğlu K: Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in Western Turkey. *Br J Surg* 78:202, 1991
7. Harvey MH, Humphrey G, Fieldman N, George JD, Ralphs DNL: Abdominal wall dehiscence following Ramstedt's operation: A review of 170 cases of infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Br J Surg* 78:81, 1991
8. Janik JS, Ein SH, Filler RM, Shandling B, Simpson JS, Stephens CA: An assessment of the surgical treatment of adhesive small bowel obstruction in infants and children. *J Pediatr Surg* 16:225, 1981
9. Karipineni RC, Wilk PJ, Danese CA: The role of the peritoneum in the healing of abdominal incisions. *Surg Gynecol Obstet* 142:729, 1976
10. Raffensperger JG, Baker RJ: Postoperative intestinal obstruction in children. *Arch Surg* 94:450, 1967
11. Rappaport WD, Hunter GC, Allen R, Chvapil T, Holcomb M, Chvapil M: Effect of electrocautery on wound healing in midline laparotomy incisions. *Am J Surg* 160:618, 1990
12. Skandalakis JE, Gray SW, Rowe JS: Anatomical complications in general surgery. New York, McGraw-Hill Book Company, 1983, s.220
13. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM: Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg* 187:189, 1978
14. Touloukian R: Miscellaneous causes of small bowel obstruction. Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, O'Neill JA, Rowe MI (eds) "Pediatrics Surgery", Chicago, Year Book Medical Publishers 1979, s.960
15. Welch KJ: Complications of pediatric surgery. Philadelphia WB Saunders Comp, 1982, s.223
16. Wilkins BM, Spitz L: Incidence of postoperative adhesion obstruction following neonatal laparotomy. *Br J Surg* 73:762, 1986