

Brid İleus Nedeniyle Ameliyat Ettiğimiz Olguların Değerlendirilmesi

Evaluation of Patients Who Were Operated on Because of Adhesive Small Bowel Obstruction

ELİF ÇOLAK, NURAYDIN ÖZLEM, RECEP AKTİMUR, GÜLTEKİN KÜÇÜK

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Samsun - Türkiye

ÖZET

Amaç: Adezyonlara bağlı gelişen ince barsak obstrüksiyonlarının (İBO) tedavisinde en önemli nokta operasyon kararı ve zamanlama olarak görünmektedir. Bu çalışmada, 6 senelik dönemde kliniğimizde brid ileus nedeniyle rezeksiyon ya da bridektomi uygulanmış hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Aralık 2008-Aralık 2014 tarihleri arasında brid ileus nedeniyle ameliyat edilmiş 50 hasta retrospektif olarak incelendi. Rezeksiyon ve veya ostomi yapılan hastalar ile sadece adezyolizis yapılan hastaların karşılaştırmalı istatistiksel analizleri değerlendirildi.

Bulgular: On iki hastaya rezeksiyon+anastomoz, 4 hastaya ostomi, 3 hastaya ostomi+rezeksiyon uygu-

ABSTRACT

Aim: It seems that, the timing and to decide whether to operate or not to operate are most important issue in the treatment of the patients who have adhesive small bowel obstruction (ASBO). In this study, we aimed to evaluate our clinic's experience in the patients who underwent resection or adhesiolysis for ASBO during a six years period.

Material-Methods: Fifty patients who underwent operation for ASBO in Samsun Training and Research Hospital between December 2008 and December 2014 were retrospectively analyzed. Comparisons of the statistical analysis of the patients who underwent resection and/or ostomy and only adhesiolysis were evaluated.

Results: Twelve patients underwent resection+anastomosis, four patients underwent ostomy+resection

Başvuru Tarihi: 03.07.2015, Kabul Tarihi: 16.07.2015

Dr. Elif Çolak

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Genel Cerrahi Kliniği, Samsun -Türkiye

Tel: 0362.3111500-6404

e-mail: elifmangancolak@hotmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2015;25:96-101

lanmıştı. Kalan 31 hastaya yalnızca adezyolizis uygulanmıştı. Ameliyat öncesi ortalama takip süresi rezeksiyon uygulanmayan hastalarda 2.1 gün iken rezeksiyon uygulananlarda 2.8 gün idi. Aradaki fark anlamlı değildi ($p=0.324$). Rezeksiyon uygulanan hastaların ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi uygulanmayan hastalara göre anlamlı düzeyde uzun idi (7 güne karşın 11 gün, $p=0.019$). Postoperatif major morbidite ve hastane mortalitesi açısından gruplar arasında fark görülmedi ($p=0.275$, $p=0.620$).
Sonuç: Brid ileus nedeniyle opere edilmiş olan hastaların, ameliyat öncesi bekleme süresinin rezeksiyon ya da ostomi gereken hastalar ve sadece adezyolizis yapılan hastalar arasında benzer olduğu görülmüş, rezeksiyon uygulanması ile ameliyat sonrası taburculuğa kadar geçen sürenin sadece adezyolizis yapılan hastalara kıyasla anlamlı şekilde arttığı, ancak rezeksiyonun hastalara ek morbidite yüklenmediği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnce Barsak Obstrüksiyonu, Adezyolizis, Rezeksiyon

and three patients underwent ostomy. Remaining 31 patients underwent only adhesiolysis. The mean preoperative follow-up time was 2.1 days in the patients who have not resection, while 2.8 days in the patients who have a resection ($p=0.324$). The mean postoperative hospital stay was found to be significantly longer in the patients who have a resection than the patients who have not resection (11 vs. 7 days, $p=0.019$). No difference was detected in major morbidity and in-hospital mortality between the two groups ($p=0.275$, and $p=0.620$ respectively).

Conclusion: In the patients who have ASBO, preoperative follow-up time was found to be similar between the patients who have resection and/or ostomy and only adhesiolysis, but, the postoperative hospital stay was found to be significantly longer in the patients who have a resection. However, resection did not showed an increased morbidity in this group of patients.

Key words: Small bowel obstruction, Adhesiolysis, Resection

Giriş

İntraabdominal cerrahi sonrasında fibröz doku kaynaklı gelişen bant ya da membranların çeşitli abdominal organlara yapışarak arada güçlü bağlar oluşturması, intraabdominal adezyon gelişimi olarak tariflenir. Ameliyattan birkaç saat sonra gelişebilen abdominal adezyonlar intestinal obstrüksiyonların en sık sebebi olmakla beraber ince barsak obstrüksiyonlarının (İBO) da %60-70'inden sorumludur.^{1,2} Adezyonlar, ince barsak obstrüksiyonu (%49-74), kronik pelvik ağrı (%20-50) ve infertilite (%15-20) gibi komplikasyonlara neden olabilir.^{3,4} Tüm infertilite olgularının %15-40'ının adezyonlara bağlı olduğu bilinmektedir.^{5,6} Brid ileus gelişmiş olan hastalarda nüks oranları oldukça yüksektir; birinci ataktan sonra ikinci defa brid ileus gelişme riski %53 iken, ikiden fazla atak geçirenlerde nüks riski %83'e ulaşabilmektedir.⁷

Abdominal cerrahi sonrasında brid ileus gelişme sıklığı net olarak bilinmemekle beraber, tüm laparatomilere bağlı gelişen intestinal obstrüksiyonlar nedeniyle ameliyattan sonraki ilk yıl içinde hastaneye başvuru oranı %1.1 olarak açıklanmıştır.⁸ Tüm intraabdominal girişimlerin ve brid ileus komplikasyonlarına bağlı hastane yatışı gerektirmeyen komplikasyonların sayısı

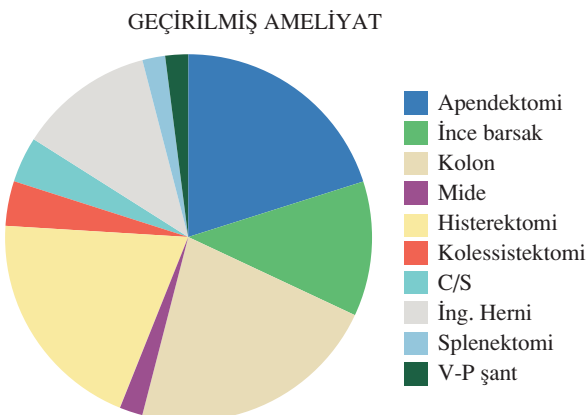
göz önüne alındığında adezyonların gerçek önemi ortaya çıkmaktadır. Laparotomi geçiren hastaların neredeyse tamamında adezyonlar gelişmesine rağmen sadece küçük bir grupta İBO görülmektedir.⁹ Hangi hastada hangi adezyonların klinik olarak İBO na yol açabileceğini tahmin etmek imkansız görünmektedir. Bu durum cerrahi sonrası adezyonları önlemeye dönük yapılacak çalışmaların metodolojisini kısıtlayan temel etkindir. Adezyonlar nedeniyle gelişen İBO'larına yaklaşım halen tartışılan bir konudur. Cerrahi tedavi yeni adezyonların gelişimine sebep olabilecekken, konservatif tedavi ile obstrüksiyon nedeni ortadan kaldırılamamaktadır.⁷ İntravenöz sıvı tedavisi, nazogastrik dekompresyon ve klinik izlem çoğunlukla faydalı olmakla beraber, acil cerrahi tedavi gerektiren strangülasyona bağlı intestinal iskemiye klinik olarak tanımak zor olabilmektedir. Adezyonlara bağlı gelişen İBO'larının tedavisinde en önemli nokta operasyon kararı ve zamanlama olarak görünmektedir. Bu çalışmada, 6 senelik dönemde kliniğimizde brid ileus nedeniyle rezeksiyon ya da bridektomi uygulanmış hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

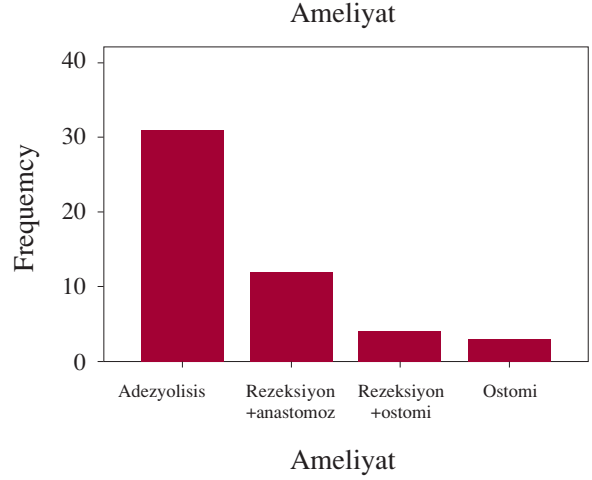
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Aralık 2008-Aralık 2014 tarihleri arasında brid ileus nedeniyle ameliyat edilmiş 50 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, Amerikan Anesteziyologları Birliği skorlaması (ASA), geçirilmiş operasyonlar, ameliyat öncesi hastanede yatış süresi, uygulanan operasyon, intraoperatif - postoperatif komplikasyonlar, ameliyat sonrası taburculuğa kadar geçen süre, postoperatif morbidite ve hastane mortalitesi kaydedildi. Rezeksiyon ve veya ostomi yapılan hastalar ile sadece adezyolizis yapılan hastaların karşılaştırmalı istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ver.16 (Chicago, IL, USA) ile yapıldı. Çift taraflı p değerinin <0.05 olması istatistiksel yönden anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Brid ileus nedeniyle ameliyat edilen 50 hastanın 31'i erkek (%62), 19'u kadın (%38) ve yaş ortalaması 56.7 yıl idi. Hastaların önceden geçirmiş oldukları ameliyatlara sıklık sırasına göre; %22.5 kolon cerrahisi, %20 apendektomi, %20 histerektomi, %12.5 ince barsak ameliyatı, %12.5 herni onarımı idi (Şekil 1). Kadın hastalarda en sık brid ileus nedeni geçirilmiş histerektomi iken, erkek hastalarda en sık neden kolon ameliyatları idi. 30 yaş altı hastalarda en sık neden geçirilmiş apendektomi idi. On iki hastaya rezeksiyon+anastomoz, 4 hastaya ostomi+rezeksiyon, 3 hastaya ostomi uygulanmıştı (Grup 1, n=19). Adezyolizis sırasında incebarsak perforasyonu gelişen 3 hastaya ek olarak primer tamir yapıldı. Bu hastalardan biri ostomi yapılan



Şekil 1. Geçirilmiş ameliyatlara dağılımı



Şekil 2. Uygulanan ameliyatlara

hastaydı. Kalan 31 hastaya yalnızca adezyolizis uygulanmıştı (Grup 2, n=31) (Şekil 2). Ameliyat öncesi ortalama takip süresi rezeksiyon uygulanmayan hastalarda 2.1 gün iken rezeksiyon uygulananlarda 2.8 gün idi. Aradaki fark anlamlı değildi (p=0.324). Rezeksiyon uygulanan hastaların ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi uygulanmayan hastalara göre anlamlı düzeyde uzun idi (7 güne karşın 11 gün, p=0.019, Tablo 1). ASA skorları açısından gruplar arasında fark yoktu (p=0.510). Grup 1 deki hastalarda major morbidite olarak bir hastada emboliye bağlı sol hemiparezi, bir hastada anastomoz kaçağı, bir hasta da ise sepsis gelişti. Sepsis gelişen hasta incebarsak perforasyonu oluştuktan sonra hastanemize getirilmiş olan mental retarde hasta idi. Bu hasta postoperatif 1. günde kaybedildi. Adezyolizis grubunda ise bir hastada aspirasyon pnömonisi gelişti ve medikal tedavi ile düzeldi. Diğer hasta ise adezyolizis sonrası postoperatif 5. günde akut batın gelişince tekrar ameliyata alınan ve ameliyatta adezyolizis uygulanan

Tablo 1. Ameliyat öncesi ve sonrası takip sürelerinin karşılaştırılması.

		N	Ortalama	SS	P
PYS	Grup 1	19	2,8125	2,48244	0,324
	Grup 2	31	2,1471	2,06166	
HKS	Grup 1	19	11,4375	8,66692	0,019
	Grup 2	31	7,0588	4,17744	

PYS: Preoperatif hastanede yatış süresi. HKS: Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi. SS: Standart sapma.

Tablo 2. Grup karşılaştırmaları.

	Gruplar		Toplam	p
	Grup 1	Grup 2		
ASA				
3≥	5	7	12	0.510
3<	14	24	38	
Morbidite				
var	3	2	5	0.275
yok	16	29	45	
Mortalite				
yasayan	18	30	48	0.620
ölen	1	1	2	

barsak segmentinin proksimalinde perforasyon olduğu görülen hasta idi. Bu hasta da sepsise bağlı multipl organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi. Hastane mortalitesi % 4 (n=2) idi. Postoperatif major morbidite ve hastane mortalitesi açısından gruplar arasında fark görülmedi (p=0.275, p=0.620, Tablo 2).

Tartışma

Brid ileusa yaklaşımda en önemli faktörün zamanlama ve operasyon kararı olduğu bilinmektedir. Dünya Acil Cerrahi Derneği tarafından 2010 yılında yayınlanmış olan Adezyonlara Bağlı Gelişen İnce Barsak Obstrüksiyonu (AİBO) Kanıta Dayalı Bologna Rehberinde¹⁰; strangülasyon belirtileri ve sürekli kusma ya da kombine bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları (serbest sıvı, mezenterik ödem, ince barsak feçes işareti, devaskularize barsak) olmayan parsiyel AİBO hastalarının güvenli bir şekilde konservatif tedavi ve tüp dekompresyonu (nazogastrik (NG) ya da uzun tüp (UT)) ile tedavi edilebileceği belirtilmektedir. Konservatif tedavinin strangülasyon ya da peritonit bulguları yok ise 72 saate kadar sürdürülebileceği, ancak düzelme görülmediği takdirde cerrahi tedavi uygulanması gerektiği önerilmiştir. Bu çalışmada konservatif tedaviye yanıt vermediği için kliniğimizde opere edilen brid ileus hastalarının özellikleri incelenerek uygulanan tedavi stratejilerinin perioperatif dönemdeki etkilerinin belirlenmesi ve brid ileusa yaklaşımda zamanlama faktörünün klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Retrospektif bir analizde 11, AİBO ile başvurmuş 123 hastada, konservatif tedavi ile 48 saat içinde 75 olguda (%88) tam gerileme görülmüş, 10 hastada gerileme 72

saati bulmuş, ancak bu hastaların 3 tanesinde (%2.4) ince barsak strangülasyonu olduğu fark edilmiş ve 24 saat içinde yapılan operasyon sonrasında mortalite gözlenmediği belirtilmiştir. Diğer yandan, Foster ve ark.¹² toplum bazlı bir değerlendirmelerinde, ilk başvuruda opere edilmiş AİBO hastalarında konservatif tedavi edilenlere göre daha uzun hastanede kalım süresi, daha az mortalite, daha az nüks ve nükse kadar geçen sürenin daha uzun olduğunu belirtmiştir. Fevang ve ark.¹³, 146 AİBO hastasının 93'ünü (%64) konservatif yolla tedavi ederken 9 (%6) hastada strangülasyon gözlenmiş ve 3 (%2) hasta ölmüştür. Daha geniş bir çalışmada¹⁴, İBO gözlenen 329 hastanın %43'ü konservatif yöntemlerle başarılı şekilde tedavi edilirken, %57'sinde cerrahi gerekmiş ve 8 hastada erken ölüm görülmüştür. Sonuç olarak, en güncel meta analizlerde^{15,17}; İBO öncesindeki 6 hafta içinde operasyon geçirmiş olanlar, strangülasyon ya da peritonit bulgusu bulunanlar, karsinomatozis hastaları ve irredükte herni saptanan hastaların konservatif tedavi adayları olmadıkları belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda, iki günden daha uzun süre konservatif tedavi almış ancak semptomlarında gerileme olmadığı için opere edilmiş 50 hastanın 2'si (%4) kaybedilmiştir. Bu hastalardan biri brid ileusa bağlı incebarsak perforasyonu geliştikten sonra hastanemize getirilen mental retarde bir hasta iken diğeri adezyolizis sonrası postoperatif 5. günde ince barsak perforasyonu gelişen bir hasta idi. Her iki hasta da sepsise bağlı multi organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi. İncelediğimiz hasta grubunda strangülasyona bağlı ölüm gözlenmemesi, operasyon zamanlamasında 72 saatin geçilmemesi olmasına bağlanabilir. Diğer yandan operasyon kararı verilmiş olan hastalarda ameliyat öncesi bekleme süresinin rezeksiyon ya da ostomi gereken hastalar ve sadece adezyolizis yapılan hastalar arasında benzer olduğu görülmüştür. Bu durum, cerrahi gereksinimi doğuracak bulgular gelişmediği takdirde beklemenin uygulanacak ameliyatı etkilemediği şeklinde yorumlanabilecek olsa da 48-72 saatlik süre içinde karar verilmesinin sonuçlar üzerinde etkili olduğu sonucuna varmanın yanlış olmayacağı ortadadır. Ek olarak, uygun zamanlama yapılır ise rezeksiyon uygulanması ile hastalara sadece adezyolizis yapılan hastalara kıyasla ek morbidite yüklenmediği görülmüştür.

Çalışmamızın retrospektif doğası gereği, konservatif yolla başarılı şekilde tedavi edilmiş AİBO hastalarının dahil edilememiş olması ve hasta sayımızın azlığı zayıf

noktalarımız olarak kabul edilebilir. Diğer yandan, rehberlerde 10 öneriliyor olmasına rağmen klinik pratiğimizde kullanılmıyor olan suda eriyen kontrast madde (SEKM) uygulamasının da karşılaştırılmamış olması çalışmamızın zayıf noktasıdır. SEKM, konservatif tedavi adayı hastalarda hem tanısal hem terapötik amaçla kullanılabilen, güvenilirliği gösterilmiş, cerrahi ihtiyacını azalttığı, düzelmeye kadar geçen zamanı ve hastanede yatış süresini kısalttığı bildirilmiş olan bir uygulamadır. Sonuç olarak, kliniğimizde brid ileus nedeniyle opere

edilmiş olan hastaların retrospektif olarak değerlendirildiği bu çalışmada, ameliyat öncesi bekleme süresinin rezeksiyon ya da ostomi gereken hastalar ve sadece adezyolizis yapılan hastalar arasında benzer olduğu görülmüş, rezeksiyon uygulanması ile ameliyat sonrası taburculuğa kadar geçen sürenin sadece adezyolizis yapılan hastalara kıyasla anlamlı şekilde arttığı, ancak rezeksiyonun hastalara ek morbidite yüklenmediği sonucuna varılmıştır

Kaynaklar

1. Ellis H. The magnitude of adhesion related problems. *Ann Chir Gynaecol.* 1998;87:9-11. PubMed PMID: 9598223. Pubmed Central PMCID: 9598223.
2. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, Wilson MS, Menzies D, *et al.* Postoperative adhesions: ten-year follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. *Dis Colon Rectum.* 2001;44:822-29; discussion 9-30. PubMed PMID: 11391142. Pubmed Central PMCID: 11391142.
3. Hershlag A, Diamond MP, DeCherney AH. Adhesiolysis. *Clin Obstet Gynecol.* 1991;34:395-402. PubMed PMID: 1831077. Pubmed Central PMCID: 1831077.
4. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(5 Pt 1):1396-403. PubMed PMID: 8178880. Pubmed Central PMCID: 8178880.
5. Milingos S, Kallipolitis G, Loutradis D, Liapi A, Mavrommatis K, Drakakis P, *et al.* Adhesions: laparoscopic surgery versus laparotomy. *Ann N Y Acad Sci.* 2000;900:272-85. PubMed PMID: 10818415. Pubmed Central PMCID: 10818415.
6. Vrijland WW, Jeekel J, van Geldorp HJ, Swank DJ, Bonjer HJ. Abdominal adhesions: intestinal obstruction, pain, and infertility. *Surg Endosc.* 2003;17:1017-22. PubMed PMID: 12632122. Pubmed Central PMCID: 12632122.
7. Barkan H, Webster S, Ozeran S. Factors predicting the recurrence of adhesive small-bowel obstruction. *Am J Surg.* 1995;170:361-5. PubMed PMID: 7573729. Pubmed Central PMCID: 7573729.
8. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl.* 1990;72:60-3. PubMed PMID: 2301905. Pubmed Central PMCID: 2301905.
9. Ray NF, Larsen JW, Stillman RJ, Jacobs RJ. Economic impact of hospitalizations for lower abdominal adhesiolysis in the United States in 1988. *Surg Gynecol Obstet.* 1993;176:271-6. PubMed PMID: 8438200. Pubmed Central PMCID: 8438200.
10. Catena F, Di Saverio S, Kelly MD, Biffi WL, Ansaloni L, Mandalà V, *et al.* Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2010 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg.* 2011;6:5. PubMed PMID: 21255429. Pubmed Central PMCID: 21255429.
11. Cox MR, Gunn IF, Eastman MC, Hunt RF, Heinz AW. The safety and duration of non-operative treatment for adhesive small bowel obstruction. *Aust N Z J Surg.* 1993;63:367-71. PubMed PMID: 8481137. Pubmed Central PMCID: 8481137.
12. Foster NM, McGory ML, Zingmond DS, Ko CY. Small bowel obstruction: a population-based appraisal. *J Am Coll Surg.* 2006;203:170-6. PubMed PMID: 16864029. Pubmed Central PMCID: 16864029.
13. Fevang BT, Jensen D, Svanes K, Viste A. Early operation or conservative management of patients with small bowel obstruction? *Eur J Surg.* 2002;168:475-81. PubMed PMID: 12549688. Pubmed Central PMCID: 12549688.
14. Williams SB, Greenspon J, Young HA, Orkin BA. Small bowel obstruction: conservative vs. surgical management. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:1140-6. PubMed PMID: 15906139. Pubmed Central

- PMCID:15906139.
15. Abbas S, Bissett IP, Parry BR. Oral water soluble contrast for the management of adhesive small bowel obstruction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 (3):CD004651. PubMed PMID: 17636770. Pubmed Central PMCID: 17636770.
16. Abbas SM, Bissett IP, Parry BR. Meta-analysis of oral water-soluble contrast agent in the management of adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg.* 2007;94:404-11. PubMed PMID: 17380561. Pubmed Central PMCID: 17380561.
17. Branco BC, Barmparas G, Schnüriger B, Inaba K, Chan LS, Demetriades D. Systematic review and meta-analysis of the diagnostic and therapeutic role of water-soluble contrast agent in adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg.* 2010;97:470-8. PubMed PMID: 20205228. Pubmed Central PMCID: 20205228.