

Enfekte Dual Meshli Hastada Greft Eksizyonu Sonrası Vakum Asiste Drenaj ile Tedavi

Vacuum Assisted Closure Therapy in a Patient With Infected Dual Mesh After Graft Excision

ELİF ÇOLAK, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK, RECEP AKTİMUR, NURAYDIN ÖZLEM

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

ÖZET

İnsizyonel hernilerin tedavisinde prostetik yama kullanımı nüksleri önlemede suture tamirine göre daha etkili bir yöntemdir. Fakat mesh enfeksiyonu tedavisi cerrahi pratikte yönetimi zor bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sunuda enfekte dual meshin insizyondan rejeğe olduğu ve vakum asiste kapama yöntemi (VAC) ile tedavi uyguladığımız bir olguyu sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Herni, Negatif basınçlı yara tedavisi, Cerrahi yama

ABSTRACT

The use of mesh prosthesis to repair incisional hernias has superiority to suture repair in preventing recurrence. But the management of mesh infection after incisional hernia repair is a difficult clinical problem in surgical practice. We report the use of vacuum assisted closure (VAC) therapy in a patient with infected dual mesh after graft excision.

Key words: Hernia, Negative-pressure wound therapy, Surgical mesh

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;25:102-105

Giriş

Fıtık oluşumu ve tedavisi cerrahi pratikte hala ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle insizyonel fıtıklar ameliyat sonrası önemli oranda morbiditeye yol açarak hastaların hayat kalitesinin düşmesine ve önemli oranda iş gücü kaybına yol açmaktadır.¹ Bu yüzden insizyonel fıtıkların tedavisinde özel tedavi yaklaşımları planlanmalıdır. İnsizyonel fıtıkların tedavisinde primer tamir yapılamayan durumlarda peritoneal yüzeye sahip prostetik materyaller yıllardan beri kullanılmaktadır.² Bu yazıda dual mesh ile insizyonel herni tamiri yapılan ve sonrasında gelişen mesh enfeksiyonu nedeniyle başvuran ve meshin eksizyonunu takiben vakum asiste drenaj (VAC) tedavisi yapılan bir olgu tartışılmıştır.

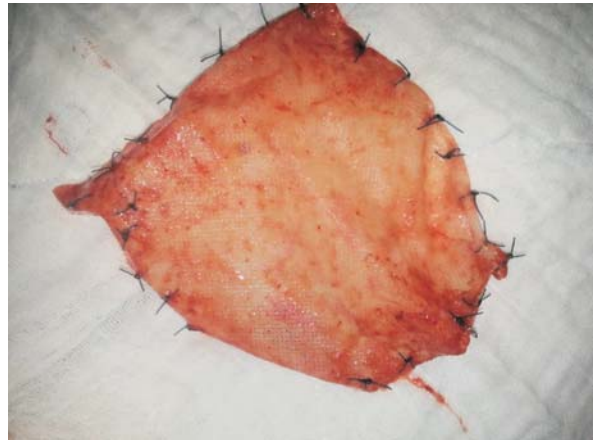
Olgu Sunumu

66 yaşında kadın hasta karında akıntısı olan ve iyileşmeyen ameliyat yarası nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 25 yıl önce geçirilmiş göbek fıtığı ameliyatı, 10 yıl sonra nüks gelişmesi üzerine ikinci ameliyatı, tekrar nüks etmesi üzerine sonuncusu 1 yıl önce olmak üzere geçirilmiş toplam 3 ameliyatı mevcuttu. Hastanın son ameliyatında dual mesh kullanılmış. Hastanın oral antidiyabetiklerle kontrol altına alınan tip 2 diyabet öyküsü mevcuttu ve vücut kitle indeksi 34.1 kg/m² idi. Hastalığın hikâyesi irdelendiğinde son ameliyatından yaklaşık 10 gün sonra ameliyat yerinden akıntısının olduğunu ve antibiyotik tedavisi başladığını belirtti. Fakat aralıklı olarak kullanılan antibiyotik tedavisine rağmen akıntının tam olarak hiçbir zaman tam olarak geçmediğini ve son 3-4 aydır ise yaranın açık hale gelerek daha fazla büyüdüğünü belirtti. Hastanın başvuru anında ateşi yoktu ve vital bulguları normaldi. İncelemede göbek etrafında yaklaşık 4 cm'lik insizyondan sarı-yeşil renkte akıntının eşlik ettiği rejekte dual mesh mevcuttu (Resim 1). Karın muayenesinde hassasiyet yoktu. Hasta servise yatırıldı. Akıntı bölgesinden yara kültürü alındı ve ampirik olarak seftriakson 1 gr, 2x1 ve omidazol 500 mg tb, 2x1 tedavisi başlandı. Çekilen bilgisayarlı tomografide karın ön duvarındaki defekt dışında ek bulgu izlenmedi. Yara kültürünün sonucunda Pseudomonas Aeroginosa üremesi oldu. Antibiyotik tedavisi piperasilin –tazobaktam 4.5 gr, 3x1 olarak değiştirildi. Preop tetkikleri takiben hasta ameliyata alındı. Açık insizyondaki cilt kenarları debride edilip büyük oranda fasyadan ayrılmış olan enfekte mesh

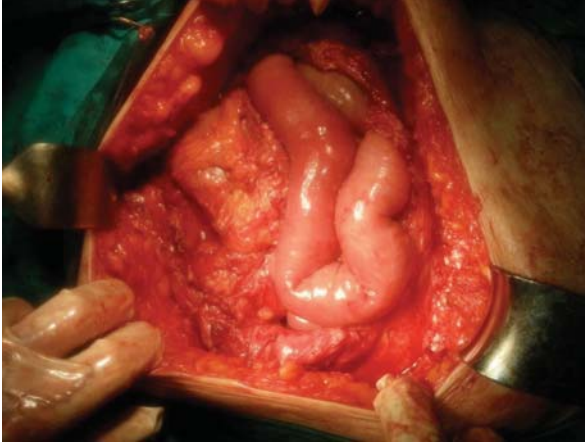


Resim 1. Karın ön duvarından rejekte olan dual mesh.

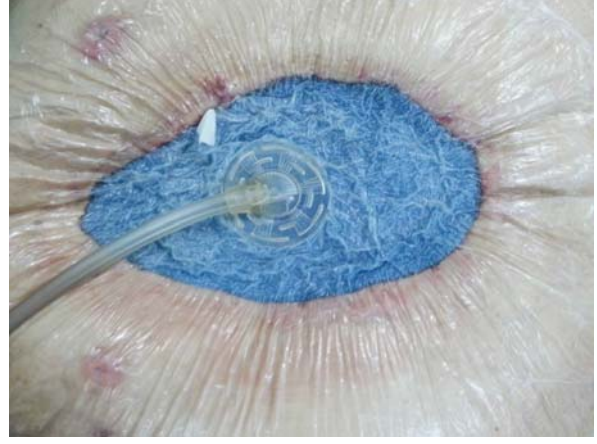
çıkarıldı (Resim 2). Batın duvarındaki 25x15 cm'lik defekt çevresindeki sağlam fasya ortaya konuldu (Resim 3). Herniye olan barsaklar ve periton arası yapışıklıklar açıldı. Enfekte peritoneal dokular eksize edilip vakum asiste sistemin (VAC) silikon örtüsü fasyaya tespit edilip kapalı drenaj başlandı (Resim 4). Post-op takiplerinde 300cc/gün drenaj oldu ve 3-4 günde bir VAC sisteminin süngeri değiştirildi. Çıkarılan dual meshin kültüründe Pseudomonas Aeroginosa üredi. Hastanın takip eden VAC uygulamaları sonrası yara yeri küçüldü. Yeterli granülasyon dokusu oluşumunu (Resim 5) takiben vicril mesh ile karın duvarı kapatıldı. Hasta 28 gün hastanede yattı ve taburcu edildi.



Resim 2. Komplet olarak eksize edilen mesh.



Resim 3. Mesh çıkartıldıktan sonra ortaya konulan defekt.



Resim 4. Yaranın VAC tedavisi uygulanmış hali.

Tartışma

İnsizyonel fitik tedavisi genel cerrahide halen uygulanan teknik ve sonuçları açısından tartışmalı konulardan birisidir. Tedavide kullanılan tekniğin cerrahın tercihine (primer kapama/prostetik materyal, açık/laparoskopik yöntem, farklı mesh yerleştirme teknikleri) bağlı olmasının yanı sıra hastalara bağımlı faktörlerin de (cinsiyet, yaş, yandaş hastalıklar, geçirilmiş ameliyat sayısı, eşlik eden enfeksiyon) tedavinin sonuçları üzerine etkisi vardır.³ İnsizyonel hernilerin tedavisinde prostetik materyaller özellikle primer kapatılmayan olgular için uygun bir yöntem olarak yıllardan beri kullanılmaktadır. Kapatılmayan insizyonel hernilerin tedavisinde adezyon bariyere sahip olan polytetrafluoroethylene (e-PTFE) içerikli dual mesh ilk olarak Bauer ve ark.⁴ tarafından kullanılmış olup adezyon oluşumunu azaltmaları

açısından fitik tamirinde önemli bir yere sahiptir. İdeal mesh tartışması halen devam etmekte olup dual mesh uygulanan hastalarda seroma, enfeksiyon, yamanın çekmesi veya kontraksiyonu, karın içi adezyon oluşumu ve enterokutanöz fistül meydana gelebilecek komplikasyonlardır.^{2,5} Cerrahi teknik ve hastaya ait faktörler bu komplikasyonların meydana gelmesinde etkili olup hastanın obez olması, eşlik eden diyabet hastalığının bulunması sunulan olguda komplikasyon gelişmesi açısından risk faktörleri arasındadır. Ameliyat esnasında yamanın çıkartılmasında güçlüklerle karşılaşıl-mamış olup, yamanın fasyadan ayrılmış olup kenarlarının serbest olduğu gözlenmiştir. Bu durum cerrahi teknikte yamanın yeterli tespitinin, meshin yüzeyinin yeterli sağlam fasya ile temasını sağlayacak kadar diseksiyonun gerekliliğinin, yama tespitinde uygun sayıda ve özellikte materyal kullanımının önemini de irdelemektedir.

İnsizyonel fitik tamiri sonrası mesh enfeksiyon gelişimi hastaların yaklaşık %6-10'unda görülmektedir.⁶ Lokal yara bakımı ve antibiyotik tedavisi ile enfeksiyonu düzelmeyen hastalarda meshin parsiyel veya komplet eksizyonu gerekebilir. Hangi tür meshin eksize edilmesi gerektiği ile ilgili veriler tartışmalıdır. Paton ve ark.⁵ e-PTFE içerikli sınırlı mesh enfeksiyonlarının meshin komplet eksizyonunu gerektirmeden konservatif olarak tedavi edilebileceğini belirtmişlerdir. Aksine Petersen ve ark.⁷ ise polyester veya polipropilen içerikli mesh enfeksiyonlarının konservatif olarak tedavi edilmesini önerirken e-PTFE içerikli meshlerin komplet olarak çıkartılmasını önermektedirler. Meagher ve ark.⁸ ise



Resim 5. Tedavi sonrası oluşan granülasyon dokusu.

negatif basınçlı yara tedavisi kullanarak konservatif tedaviyle başarılı oldukları bir hasta serisi sunmuşlardır. Yazıda sunduğumuz olguda lokal yara bakımı ve antibiyotik tedavisine yanıt alınamamış olup e-PTFE içerikli mesh komplet olarak eksize edilmiştir. Yaklaşık 3 haftalık VAC tedavisi uygulanmış ve granülasyon dokusu oluşumunu takiben vikril meshle tekrar kapama

yapılmıştır.

Prostetik materyalle insizyonel fıtık tamiri sonrası gelişen mesh enfeksiyon yönetimi zor bir komplikasyondur. VAC ile tedavi yönteminin kronik mesh enfeksiyonu gibi yönetimi zor bir problemde etkili bir yöntem olarak uygulanabileceği düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Bucknall TE, Cox PJ, Ellis H. Burst abdomen and incisional hernia: a prospective study of 1129 major laparotomies. *Br Med J* 1982;284:931-933.
2. Millikan KW. Incisional hernia repair. *Surg Clin North Am* 2003;83:1223-1234.
3. Santora TA, Roslyn JJ. Incisional hernia. *Surg Clin North Am* 1993;73:557-570.
4. Bauer JJ, Salky BA, Gelemt IM, Kreel I. Repair of large abdominal wall defects with expanded polytetrafluoroethylene (PTFE). *Ann Surg* 1987;206:765-769.
5. Paton BL, Novitsky YW, Zerey M, Sing RF, Kercher KW, Heniford BT. Management of infections of polytetrafluoroethylene-based mesh. *Surg Infect* 2007; 8:337-341.
6. Chung L, Tse GH, O'Dwyer PJ. Outcome of patients with chronic mesh infection following abdominal wall hernia repair. *Hernia* 2014;18:701-704.
7. Petersen S, Henke G, Freitag M, Faulhaber A, Ludwig K. Deep prosthesis infection in incisional hernia repair: predictive factors and clinical outcome. *Eur J Surg* 2001;167:453-457.
8. Meagher H, Clarke Moloney M, Grace PA. Conservative management of mesh-site infection in hernia repair surgery: a case series. *Hernia* 2013 doi:10.1007/s10029-013-1069-8