

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ercüment GÜREL

Sindirim Sistemi Cerrahisinde Erken Dönem Relaparatomileri



(İHTİSAS TEZİ)

Dr. Şükrü İSKENDER

37001

T. C.	
DİCLE ÜNİVERSİTESİ	
KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0037001
Tasnif No.	617.43

İSK
1984

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	1
GİRİŞ	2
TARİHSEL BİLGİ	3
AMAÇ	4
MATERYAL VE BULGULAR ...	5 - 22
TARTIŞMA	23 - 43
SONUÇ	44 - 45
ÖZET	46 - 47
LİTERATÜR	48 - 50

ÖNSÖZ

Sindirim sistemi cerrahi hastalıklarının tedavisinde post operatif erken dönemde reintervasyon deyimi, bu hastalıklar için operasyon geçirmiş bir hastaya taburcu olmadan ilk 21 gün içinde ikinci ve müteaddit girişim yapılmasını zorunlu hale getiren acil bir durumun varlığını gösterir.

Karın cerrahisi ile ilgilenenler sindirim sistemi hastalıklarında cerrahi tedavi sonrası postoperatif erken dönemde ortaya çıkan komplikasyonları değerlendirerek cerrahi yöntemlerin tutarlılığı hakkında bir neticeye varabilirler.

D.Ü.Tıp Fak. Genel Cerrahi Kliniğinde 1969- 1983 yılları arasında 19948 operasyon yapılmış, bunlardan **12464** tanesi laparatomidir. Bu laparotomi yapılan hastalardan 197 hastaya relaparotomi yapıldığı belirlenmiştir. Reoperasyon yapılan bu hastalarda cerrahi teknik, bu hastalardaki endikasyonlar incelenmiş , yörenin sosyo ekonomik durumuda göz önünde bulundurularak erken dönemde cerrahi mortalitenin azaltılması için gerekli önlemler önerilmiştir.

Ölüm oranını olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında çok küçük veya ileri yaşlılık, semptomların başlamasından hastaneye kadar geçen sürenin uzaması, yetersiz reanimasyon ve cerrahi müdahalede gecikme sayılabilir.

Bu tezimin hazırlanmasında bana çalışma olanağı hazırlayan, yol gösterip ışık tutan, yardımlarını esirgemeyen hocalarım; Sn. Prof.Dr. Ercüment Gürel; Sn.Prof.Dr.Nusret Torun; Sn. Doç.Dr.Can Gökdoğan; ve hocamız herşeyimiz Sn.Doç.Dr.Mustafa Tireli'ye şükranlarımı sunar, çalışmalarımda bana yardımcı olan Genel Cerrahi Kliniğimdeki arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Şükrü İskender

GİRİŞ

Karın cerrahisinde postoperatif erken dönemde relaparatomî (tekrar girişim) abdominal girişim geçirmiş hastada gelişen bir komplikasyon nedeni ile ilk 21 gün içinde müteaddit laparatomî yapılmasını ifade eder.

Son yıllarda relaparatomî endikasyonlarında genelde bir artış görülmektedir. Ama mortalitede azalma olmaktadır. Bunun nedenide; antibiyotikler, anestezi ve canlandırma tedavisindeki başarılı sonuçlardır. (12)

Kliniğimizde 1978- 1979 - 1980 yıllarında reoperasyon sayısının fazla olmasını bu dönemde anarşinin en yoğun olduğu ve kurşun yaralanmaları neticesi multipl yaralanmalar oluşması buna bağlı olarak komplikasyonların çoğalması sebep olmaktadır.

Ameliyat sonrası ölümleri azaltmak, hasta ve hastane için büyük ekonomik sıkıntılara sebep olmanak amacı ile erken postoperatif döneme ait komplikasyonlar iyi bilinmeli, yerinde ve zamanında ikinci bir girişimden kaçınmamalıdır.(12-22-23).

Bu nedenle kliniğimizde 1969- 1983 yılları arasında yapılmış relaparatomilerden elde ettiğimiz bilgileri sunarak söz konusu vakalarda teşhis ve tedavi ilkelerini gözden geçirmek arzusundayız. Kliniğimizde elde edilen bulgularla dünya literatürleri arasındaki neticeler karşılaştırılarak bir sonuca varılacaktır.

TARİHSEL BİLGİ

Sindirim sistemi cerrahisinde postoperatif erken dönemde reintervasyon hakkında yakın zamanlara kadar yapılan çalışma ve yayın çok azdır.Çünkü bu konuda bilgilerin az, tanımlanmış ve yeteneklerin kısıtlı ve verimsiz olması yanında erken şirürjikal girişimlerde elde edilen sonuçlarda hiç bir zaman cesaret verici olmuyordu .(12-13)

Bu konu hakkında ilk defa 1939.yılında A.O Singleton'mun 9000 laparatomide meydana gelen 61 evantrasyon olgusu dolayısı ile araştırmasını görmekteyiz (31)

1959-1961-1962 yıllarında V.Block,Anglem,L.S.Mann'ın relaparatomide olgularına ait çalışmaları görmekteyiz.

1964 yılında H.D.Schuman'ın 8668 leparatomide 71.eviserasyon olgusu ve diğer erken dönem relaparatomide nedenleri hakkındaki çalışmalarını görmekteyiz.(29)

1974 yılında Pichlymayr,R. ın Postoperatif komplikasyonlar ve 1475 laparatomide 85 reoperasyon olgusu hakkındaki çalışmalarını görmekteyiz.(20)

Yurdumuzda sindirim sistemi cerrahisinde postoperatif komplikasyonlar hakkında ilk çalışmalar 1975 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Kliniğinde Kayabalı.İ. Ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.Kaya Balı ilk defa 35 Reoperasyon vakasında sebep,teşhis,kiriterler ve sonuçların etüdünü yapmıştır.(12-13)

1980 yılında Cerahpasa Tıp Fakültesinde Pusane ve arkadaşları 1970-1978 yılları arasında 11800 laparatomiyi incelemiş 133 Relaparatomiyi tespit etmiş ve sonuçların etüdünü yapmıştır.(2223- 24)

AMAÇ

Günümüzde cerrahi tekniklerdeki yeniliklere ve tecrübelerdeki artmalara rağmen Postoperatif erken komplikasyonlar sık görülmektedir, buna sebepte ortak düşünce ve tutucu tedavinin artık terk edilmesi şeklinde yorumlanmaktadır.

Postoperatif erken komplikasyonların büyük kısmının tedavisi cerrahi yoldan olmaktadır. Burada kilinimizde 14,5 yılda 12464 laparotomi yapılmış bunlardan 197.tanesine relaparotomi uygulanmış burada erken dönemde ortaya çıkan mortalite ve morbidite değerlendirilerek bu cerrahi yöntemlerin yarar ve zararları hakkında yargıya gidilmiştir. Relaparotomi yapılan bu hastalardaki endikasyon, cerrahi teknikler ve cerraha ait sebepler üzerinde durularak erken dönem, cerrahi mortalitenin azaltılması için gerekli önlemler önerilmiştir,

Relaparatomilerde pekçok cerrahi teknik denenmiştir. Uygulanarak, yöntemin seçiminde lezyonun özellikleri kadar cerrahin bu konudaki tecrübelerininde büyük bir önemi vardır.

Kilinimizde elde edilen çeşitli sonuçların diğer bazı cerrah klinikleri tarafından bildirilen verilerle karşılaştırılması yapılmış, çalışmalarımızın değeri üzerinde durulmuştur.

KLİNİK METARYAL VE BULGULAR

Bu çalışma 1 Ağustos 1969 ile 31.Aralık 1983 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel cerrahi ana bilim dalında laparotomi yapılan 12464 hastadan 197 tanesinde yapılan relaparotomi üzerinde yapılmıştır.

Sindirim sistemi cerrahisinde postoperatif erken reoperasyonların nedenleri ve bu nedenlerin çeşitli yönleri ile ayrı ayrı incelenmeleri yapılmıştır.

Postoperatif relaparotomi yapılan 197 hastada görülen etyolojik nedenler tablo I de gösterilmiştir.

TABLO I- Relaparotomi yapılan 197 hastada etyolojik nedenler.

Nedenler	Olgu Sayısı	%
Evisserasyonlar	49	24.9
Kanamalar	23	11,7
Gastrointestinal tıkanmalar		
Gastrik tıkanmalar	5	2.5
barsak tıkanmaları	48	24.3
Peritonitler		
Peritonitler	30	15,2
Abseler	3	1,5
Safralı peritonitler	2	1
Fistüller		
Kolon fistüllü	11	5,6
Jejunum fistüllü	3	1,5
İleum Fistüllü	10	5,1
Duodenum Fistüllü	4	2
Safralı fistüllü	1	0,5
Diğer nedenler	8	4,2
	197	% 100

Tabla I de'de görüldüğü gibi 197 relaparatomide 49 olguda evisserasyon (% 24,9), 23 ünde postoperatif kanama(%11,7), 5 olguda gastirik tıkanma (%2,5), 48 olguda barsak tıkanması (% 24,3), 30 olguda peritonit (% 15, 2) ,2 vaka olguda safralı peritonit (% 1,0) ,3 olguda abse (% 1,5), 11 olguda kolon fistüllü (% 5, 6), 3 vakada jejunum fistüllü (% 1,5), 10 vakada ileum Fistüllü (% 5,1), 4 vakada duodenum fistülü (% 2,0), 1. vakada safra fistülü (% 0,5), 8 vakada (% 4, 2) diger başka nedenlere bağlı olarak relaparatomide görülmüştür.

Bu etyolojik nedenler yaş, cins, klinik belirti ve bulgular, cerrahi tedavi yöntemleri , amelyat sonu komplikasyonlar ve mortalite yönünden ayrı ayrı incelenmiş ve değerlendirilmiştir.

Relaparatomide yapılmış hastalarımızın yaş cins dağılımı Tablo II de gösterilmiştir.Hastalarımızın yaşları 0 ila 73 yaş arasında olup yaş ortalaması 31,2 dir.

TABLO II: Relaparatomide yapılan 197 olguda yaş cins durumu

Yaş	Olgu Sayısı Erkek-Kadın		Yüzde
0-1	3	2	2,53
1-10	14	4	9,13
11-20	31	7	19,28
21-30	29	13	21,31
31-40	21	7	14,21
41-50	24	5	14,72
51-60	12	4	8,12
61 ve yukarısı	18	3	10,65
	152	45	197

Tablo II de'de görüldüğü gibi relaparatomilerin en sık görüldüğü yaş dilimi 21-30 yaş (% 21,31) dir.

Relaparatomi yapılan 197 hastamızın 152 si (% 77, 15) Erkek, 45 tanesi kadın (% 22, 85) dir. Kadın Erkek oranı 1/3,5 dur. Kliniğimizde 1969- 1983 yılları arasında 'ki reoperasyonların yıllara göre dağılımı tablo III de gösterilmiştir,

TABLO III: Yıllara göre ameliyat reoperasyon, % si kadın ve erkek dağılımı.

Yıl	Reoperasyon	Yüzde	Erkek	Kadın
1969	2	1,01	2	-
1970	2	1,01	1	1
1971	-	-	-	-
1972	3	1,52	1	2
1973	5	2,53	4	1
1974	13	6,59	11	2
1975	13	6,59	10	3
1976	12	6,09	10	2
1977	16	8,12	15	1
1978	22	10,15	15	5
1979	22	11,16	18	4
1980	42	21,31	34	8
1981	20	10,15	12	8
1982	13	6,59	9	4
1983	14	7,16	10	4
19				
	197	% 100	152	45

Tablo 3 tede görüldüğü gibi en fazla reoperasyon anarşisinin en yoğun olduğu 1980 yılında 42 olgu(% 21,31) ile görülmüştür. Bu reoperasyonlara neden ateşli silah yaralanması neticesi multipl yaralanmaların çokluğu ve meydana gelen komplikasyonlar neticesidir.

Kliniğimizde 1969 - 1983 yılları arasında raslanan 197 reoperasyon olgusundan 184 tanesi 2 defa ameliyat olmuş, 10 olguya 3 operasyon, 2 olguya 4 operasyon , 1 olguyada 5 defa operasyon uygulanmıştır. Bu durum tablo 4 de gösterilmiştir.

TABLO IV.: İki ve daha çok reoperasyon yapılmış hastaların yaş, cins , ve % dağılımı.

Reoperasyon	Olgu sayısı	%	Kadın	Erkek
2 Defa	184	93,4	40	144
3 "	10	5,0	4	6
4 "	2	1,01	1	1
5 dñfa	1	0,5	-	1
	197	% 100	45	152

Kliniğinizde relaparatomı yapılmış 197 olgudan 184 tanesine (% 93,4) 2. defa, 10 olguya (%5,0) 3. müdahale, 2 olguya (%1,01) 4. müdahale, 1 olguya (% 0,5) da 5. defa operasyon uygulanmıştır.

Kliniğimizde relaparatomı yapılmış 197 olgudan 27 ta-

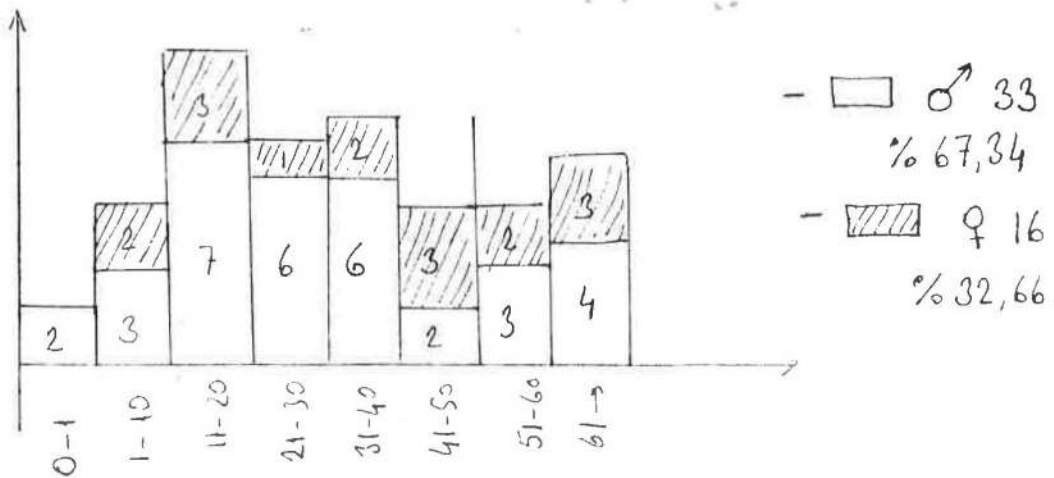
nesi (%13,7) normal bir operasyonu takiben meydana gelmiş komplikasyonlar neticesi yapılan relaparatomilerdir. Bu 27 olguda 20 tanesi Ca nedeniyle yapılan operasyonlar sonucu ortaya çıkan postoperatif erken relaparatomilerdir. 170 olgunun ise kliniğimize acil olarak müracat eden künt karın ve akut karın operasyonlarından sonra ortaya çıkan postoperatif erken relaparatomileridir(% 86,29)

Postoperatif erken dönemde tekrar girişim gerektiren komplikasyonların başında Evantrasyon -Evisserasyon gelmektedir. Kliniğimizde 1969 - 1983 yılları arasında 197 reoperasyon olgusundan 49 tanesi evisserasyon nedeni ile reoperasyona alınan vakalardır.

Kliniğimizde tekrar girişim yapılan 49 evantrasyon olgusundan hepsi astenik evantrasyondur.(daha geç ortaya çıkan evantrasyon), mekanik evantrasyona(ilk 3 günde ortaya çıkan evantrasyon) raslanılmamıştır.

Araştırmamızda evisserasyonun yaş ve cins dağılımı tesbit edilmiş, bu durum tablo 5 te gösterilmiştir.

TABLO V?:Eviserasyonda 49 olguda yaş ve cins durumu.



En fazla evisserasyon 11 -40 yaşları arasında ve erkeklerde daha fazla görülmektedir. Erkeklerde evisserasyonun daha çok görülmesinin nedeni fiziki aktivitenin fazlalığı olarak düşünülmektedir. Kliniğimizde 49 evisserasyon olgusundan en fazla 11 -20 yaş arasında 10 olgu (% 20,40) ya raslanılmıştır. 21-30 yaş arasında 7 olgu (%14,28), 31 -40 yaş arasında 8 olgu(%16,3) raslanılmıştır. 61 yaş üzerinde evisserasyonun arttığı görülmüş 7 olgu (% 14,28). Yaşlılarda fazla görülmesinin sebebini hem rejenerasyon ve tamir olanaklarının azalmasına, hemde diğer sistem muayenelerinin iyi olmasına bağlamak lazımdır.

Kliniğimizde evisserasyonlarda erkek kadın oranı 2/1 olarak görülmektedir.

Bazı hastalıkların evisserasyon gelişmesinde etkileri görülmektedir. Kanser, asit, peritonitler, ileuslar gibi. Materyalimize göre hastalıkların evantrasyon gelişmesine etkileri incelenmiş, elde edilen veriler tablo VI da gösterilmiştir.

TABLO VI. 49 evisserasyon olgusunda hastalıkların evantrasyon gelişimine etkisi.

Hastalık	Vaka sayısı	% oranı
Çeşitli Ca lar	5	10,20
Safra kesesi hastalıkları	1	2,04
genel peritonit	32	65,30
Karaciger hastalıkları	2	4,08
Bansak tıkanmaları	9	18,36

Tablo Vi da da görüldüğü gibi hastalıkların evantrasyon gelişmesinde rölü tesbit edilmiş, en fazla peritonit 32 olgu (% 65,30) görülmüştür. İleuslar 9 olgu (% 18,36), çeşitli Ciller 5 olgu (% 10,20) dir. Evisserasyon gelişmiş 49 olgunun 41 tanesi genel peritonit ve barsak tıkanmaları (% 83,67) acil operasyonlar sonucu gelişmiştir.

Kliniğimizde görülen bu 49 evisserasyon olgumuzdan hariç olarak 5 vakada da Barsak tıkanması + evisserasyon, 6 olguda da genel peritonit + evisserasyon, 3 olguda da kanama + evisserasyon birlikte görülmüş ve relaparatomisi yapılmıştır. Bunlar ilgili bölümlerde ayrıca incelenecektir.

Kliniğimizde evisserasyonlarda uyguladığımız cerrahi tedavi tabakaların anblok kapatılmasıdır. Fasias ve periton yara dudakları avive edildikten sonra anblok kapatılıp, sonra cilt kapatılarak operasyona son verilmektedir. Genel durumu bozuk olan hastalarda yaklaştırmaya bantları kullanılarak bilahare operasyona alınmaktadırlar.

— Kliniğimizde 1969 -1983 yılları arasında yapılan 12464 laparatomiden sonra 197 postoperatif tekrar girişim yapılmış (% 1,58) bunlardan 23 olgumuz (% 11,67) kanama nedeniyle işlem görmüştür. Tablo Vll de relaparatomisi gerektiren kanamalarımız gösterilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi kliniğimizde postoperatif erken dönemde relaparatomisi gerektiren kanamalarda ilk sırayı mide rezeksiyonundan sonra gelişen kanamalar almaktadır. 7 olgu (% 30,43).

TABLO VII: 23 olgumuzda relaparatomî gerektiren kanamalar gösterilmiştir.

Nedensler	olgu sayısı	% oranı
Mide rezeksiyonundan sonra	7	30,43
Gastrik erezyon	2	8,69
Hepato bilier sistem operasyonundan sonra		
Hemobili	2	8,69
Kistektomî sonrası	1	4,34
Kolesistektomî sonrası	1	4,34
KC yaralanmaları sonucu	5	21,73
Dalak " "	2	8,69
İnce barsak " "	3	13,04
	23	% 100

Postoperatif erken dönemde relaparatomî gerektiren kanamalar daha ziyade erkeklerde 20 olgu (% 86,95) görülmektedir. Bu kanamalar yine daha ziyade 20 -40 yaşları arasında ve daha ziyadede künt travma, kesici delici aletle yaralanmalardan sonra görülmektedir.

Tablo VIII de post operatif erken dönem kanamalarında yaş, cins dağılımı ve % durumu gösterilmiştir.

Reoperasyon gerektiren kanamalar 31 - 40 yaşları arasında ve erkeklerde (% 21,73) görülmektedir. Buna nedende erkeklerin bu yaşlarda olaylara fazla maruz kalmasıdır.

TABLO VIII: 23 olguda erken postoperatif dönemde relaparotomi gerektiren kanamalarda yaş ve cins dağılımı.

Yaş	Erkek	%	Kadın	%	Toplam %
1 - 10	2	8,69	-	-	8,69
11 - 20	3	13,04	1	4,34	17,38
21 - 30	4	17,39	1	4,34	21,73
31 - 40	5	21,73	1	4,34	26,07
41 - 50	3	13,04	-	-	13,04
51 - 60	1	4,34	-	-	4,34
61 - yukarı	2	8,69	-	-	8,69
	20	% 86,95	3	% 13,05	% 100

Kliniğimizde 1969 - 1983 yılları arasında yapılan 12464 laparatomiden sonra postoperatif erken dönemde 53 olguda (%0,26) obstrüksiyona raslanmış olup bunun 5 olgusu mekanik gastrik tıkanma , diğer 48 hasta ise postoperatif mekanik barsak tıkanması şeklindedir.

Post operatif erken dönemde relaparotomi yapılan 197 olgudaki mekanik gastrik tıkanma sayısı 5 (% 2,53) olup bunlardaki yaş ve cins dağılımı tablo IX da gösterilmiştir.

TABLO IX: Post operatif erken dönemde relaparotomi yapılan 5 olguda(mekanik gastrik tıkanmada) yaş ve cins dağılımı.

Bu 5 olgumuzda mortalite 1 olup (% 20), 4 vakamız şifa ile taburcu edilmişlerdir.

Yaş	Erkek	Kadın	%	Mortalite Sonuç
31 -40	-	1	20	Şifa
41 - 50	1	1	40	"
51 - 60	1	-	29	"
61 yukarısı	1	-	20	Exitus
	3	2	% 100	

Gastrik tıkanma meydana gelen 5 olgumuzun 2 tanesine 2/3 distal gastrektomi yapılmış ve Bilrot 1 uygulanmıştır. Her iki vakamızda pasaj güçlüğü meydana gelmiş ve brawn eklenmiştir. Bir olgumuz inop mide Ca idi buna gastrojejunostomi yapılmış, anastamoz yetersizliği meydana gelince Brawn eklenmiş ve bu hastamız eksitus olmuştur. Diğer iki hastamızdan birisi mide ülseri olup 2/3 distal gastrektomi + gastrojejunostomi yapılmış, götüren ans sendromu meydana geldiğinden buna Brawn anastamozu eklenmiştir. Diğer bir vakamızda duodenal ülserdi, Tr. Vagotomi+ retrokolik gastrojejunostomi yapılmış, getiren ans sendromu meydana geldiğinden eski anastamoz bozularak Antekolik gastrojejunostomi + Brawn operasyonu uygulanmıştır.

1969 - 1983 yılları arasında relaparatomisi yapılmış 197 hastadan 48 inde neden postoperatif mekanik barsak obstrüksiyonu idi. (% 24,36).) Bu hastalarda yaş ve cins durumu tablo X de gösterilmiştir.

TABLO X: Post operatif erken dönemde meydana gelen mekanik barsak tıkanmalarında yaş ve cins durumu.

Yaş	Erkek	Kadın	% oranı
0 - 1	1	1	4,16
1 - 10	6	-	12,50
11 - 20	11	1	25,00
21 - 30	7	5	25,00
31 - 40	4	1	10,41
41 - 50	4	-	8,33
51 - 60	1	1	4,16
61 yukarısı	5	-	10,41
	39	9	% 100

Tablodada görüldüğü gibi en fazla mekanik barsak tıkanmasının göpüldüğü yaş gurupları 11 - 30 yaşlar arası olup, yaş ortalaması 23,5 dir.

Tablo XI de relaparatomı yapılmış 48 barsak tıkanmasının klinigimize ilk müracetlarında ki teşhisleri gösterilmiştir.

Tablodada görüleceği gibi posoperatif erken dönem relaparatomisi olan mekanik barsak tıkanmalı 48 hastamızın büyük ekseriyetini künt kanın travması geçiren hastalara yapılan operasyon sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar teşkil etmektedir. Sonra sırasıyla sigma torsiyonu ve ince barsak delinmeleri gelmektedir.

TABLO XI: Post operatif erken dönemde mekanik barsak tıkanması nedeniyle operasyona alınan 48 olguda ilk müracat nedenleri.

Hastalık	Olgu sayısı	% oran
Perfore app.+ genel peritonit	4	8,33
Sigma torsiyonu	6	12,50
İnce barsak volvulusu	4	8,33
Ulcus duodeni perforasyonu	3	6,25
İnce barsak delinmeleri	5	10,41
Brid ileuslar	3	6,25
Askaris ileusu	1	2,08
Künt karın yaralanmaları	17	35,41
Diğer nedenler	5	10,41
	48	% 100

Aşağıda tablo XII de mekanik barsak tıkanması nedeni ile relaparatomî yapılan 48 hastamızın 2. operasyon nedenleri gösterilmiştir.

TABLO XII: 48 barsak tıkanmalı olgumuzda relaparatomî için teşhisleri.

Hastalık	Olgu sayısı	%
Brid ileus	40	83,33
Sigma torsiyonu	2	4,16
İnvaginasyon	2	4,16
İnce barsak torsiyonu	4	8,32
	48	% 100

En fazla postoperatif erken dönemde relaparatomî gerektiren barsak tıkanması nedeni Brid ileuslar görülmektedir.

40 olgu (% 83,33).

Mekanik barsak tıkanması nedeni ile ikinci defa operasyona alınan bu hastalarımızdan iki vakaya nobl ameliyatı uygulanmıştır. Bu nobl operasyonu yapılan hastaların birisi ince barsak torsiyonu olan, diğeri de brid ileus teşekkül eden vakalarımızdı (% 4,16). 2 olgumuzda sigma torsiyonu nedeni ile mekanik barsak tıkanması meydana gelmiş bunlara relaparatomî yapılarak sigmoid kolon rezeksiyonu ve hartman kolostomi yapılmıştır. 2 olgumuzda invaginasyon görülmüş, bunlardan birisi de invagine edilmiş, birisine 15 cm ileum rezeksiyonu yapılmıştır. Birid ileus meydana gelmiş 40 olgumuzdan 2 sinde banda bağlı ileum gangreni görülmüş ve bunlara ileum rezeksiyonu yapılmıştır.

Genel cerrahi kliniğimizde 1969 - 1983 yılları arasında 12464 laparatomî yapılmış, bunlardan 30 olguda peritonit meydana gelmiş ve bu hastalara relaparatomî yapılmıştır. Bunun tüm relaparatomilere oranı % 15,22, tüm laparatomilere oranı ise % 0,24 dür. Meydana gelen peritonitlerin % 95 inin yine acil müdahale yapılmış akut ve künt karın operasyonlarından sonra meydana geldiği görülmüştür.

Tablo XlII da peritonit nedeni ile relaparatomî yapılmış 30 olgumuzda yaş , cins ve % oranı gösterilmiştir.

TABLO XlIII: Peritonit nedeni ile relaparatomî yapılan 30 olguda yaş ve cins durumu.

Yaş	Kadın	Erkek	%
0 - 1	1	-	3,33
1 - 10	1	-	3,33
11 - 20	-	5	16,66
21 - 30	3	4	23,33
30 - 40	-	5	16,66
41 - 50	-	4	13,33
51 - 60	1	2	10,00
61 ve yukarısı	-	4	13,33
	6	24	% 100

Tablo XlIII de de görüldüğü gibi peritonit nedeni ile relaparatomî yapılan 30 vakada en sık görülme yaşı 21 - 30 yaş gurubudur.

Yine kliniğimizde relaparatomî yapılmış 3 hastada teşhis abselerdir. Bunlardan 47 yaşında kadın da KC altı absesi 47 yaşında erkekte douglas absesi, ve 55 yaşında Erkek hastamızda subdhafragmatik abse olarak görülmüştür. Bu 3 abse olgumuzun tüm relaparatomilere oranı % 1,52 dir.

Kliniğimizde 14,5 yıl içerisinde 2 olguda safralı peritonit durumu görülmüş ve bu nedenle relaparatomî yapılmıştır. (%0,01) Bu olgularımız 7 yaşında kız ve 24 yaşında erkek hastadır.

Peritonit nedeni ile relaparatomî uygulanan bu 30 olgumuzdan 7 tanesinde Peritonit + Birid ileus beraberce görülmüştür.

yine peritonik nedeniyle relaparotomi uygulanan 30 olgumuzdan 6 tanesinde Genel peritonit & evisserasyon beraber görülmüş ve bunlar genel peritonikler içiresnide değerlendirilmiştir.

Klimgimizde 1969-1983 yılları arasında yapılan 197 Relaparotomi vakasından 29 tanesinin sebebi çeşitli fistül vakalarıdır (% 14, 72). bunlardan 11 olguda(% 5,6) kolon fistülü, 3 olguda (% 1,5) Jejunum fistülü , 10 olguda (% 5,1) ileum fistülü 4 olguda (% 2, 0) Duodenum fistülü, 1. olguda (% 0,5) Safra fistülüne rastlanmış ve bu nedenler için operasyonlar yapılmıştır.

TABLO XIV: Fistüllerde 29. olguda yaş cins ve yüzde durumu

Fistülün cinsi	Olgu sayısı	Erkek	Kadın	Yüzde
Kolon Fistülü	11	10	-	39,93
Jejunum "	3	3	-	10,34
Duodenum fistülü	4	3	1	13,79
İleum fistülü	10	9	1	34,48
Safra fistülü	1	1	-	3, 44
	29	26	3	% 100

Tablo XIV de görüldüğü gibi en fazla fistül kolon (% 37,93) ve ileum (% 34,48) fistülü olarak görülmektedir . kolon fistülünde 2 olguda çekom fistülüne rastlanmıştır .

Fistül nedeniyle reoperasyona alınan 1.olgumuzda 4. reoperasyon uygulanmış hepsinde'de müdahale nedeni safra fistülü idi 1.olgumuzda 2. Operasyondan sonra enterocutane fistül gelişmiş 3.operasyona alınmış fistül tamirati yapılmış bu olgumuzda yeni - den evisserasyon gelişmiş ve 4. operasyona alınmıştır.

TABLO XV: Fistülerde 29.olguda yaş ve cins durumu.

Yaş	Erkek	Kadın	Yüzde oran
0 -1	-	-	-
1-10	3	-	10,34
11-20	5	1	20,68
21-30	8	2	34,48
31-40	2	-	6 ,89
41-50	4	-	13,79
51-60	3	-	10,34
61 ve yukarısı	1	-	3 ,44
	26	3	% 100

Tablomuzda'da görüldüğü gibi en fazla fistül vakasına 21-30 yaş gurubunda 10. olgu (% 34, 48) ve erkeklerde 4/1 oranında görülmüştür. Sonra 11-20 yaş gurubunda 6 olgu ile(% 20,68) görülmüş erkek kadın oranının 5/1 dir

Fistül nedeniyle reoperasyona alınan vakalarımızın büyük nedeni 22. olgu (% 75,86) Acil müdahaller sonucu meydana gelen komplikasyonlardır.Geriye kalan 7 olugumuzdan 4 tanesi mide ve rektum Ca nedeniyle yapılan operasyon sonucu meydana gelen fistüllerdir.

Tüm bu genel degerlendirmeden sonra kligigimizde 1969-1983 yılları arasında 197 Reoperasyon yapılmış bunlardan 8 tanesi yukardaki sınıflandırmalara girmemişlerdir. Bu reoperasyon nedenleri 2 olguda (% 1, 01)_kolostominin geri kaçması, 3 olguda

(% 1,52) Pankreatit, 1.olguda(% 0,50) Stres ülseri gelişimi
1. olguda (% 0,50) Portokaval şant sonucu açılma, 1.olguda'da
(% 0,50) kesi fıtık teşekküllü nedeniyle postoperatif erken dö-
nemde relaparatomî, uygulanmıştır.

Klinigimiz araştırmasında 1969-1983 yılları arasında 12464
laparatomî yapılmış bunlardan 197 olguya relaparatomî uygulan-
mış, ve 78 olgumuz (% 39,6) eksituz olmuştur. Klinigimizde
en fazla mortalite değerine postoperatif apselerde (% 100)
rastlanmıştır. Karaciger, 5 apsesi, supdiyafragmatik apse ve do-
uglas absesi nedeniyle reoperasyona alınan her üç hastamızda ek-
situz olmuştur. 30 peritonit olgumuzdan 18 olgumuz (13 erkek, 5 ka-
dın) % 60 eksituz olmuştur. 23 postoperatif kanamalı hastamızda
10 olgumuz (9, erkek 1, kadın) eksituz olmuştur.(% 43,47)

Tablo 16'da erken dönem relaparatomî nedenleri, sayısı, oranı
ve mortalite durumu gösterilmektedir

Tablomuzda görüleceği üzere 197. reoperasyon olgumuzdan 78 ta-
nesi Exitus meydana gelmiş (% 39,60). bu mortalitede 62 olgu
erkek (% 31, 47) 16 olgu ise kadındır.(% 8,12), başka neden-
lerden en yüksek mortalite kolon fistüllerinde 11 olguda 9 exitus
(% 81,81) görülmüştür.Sonra ileum fistüllerinde 10 olguda 7 exi-
tus (% 70)olarak görülmektedir. Relaparatomilerde en düşük mor-
talite durumuna gastrointestinal tıkanmalarda (% 20) ve evisseras-
yonlarda (% 22,44) rastlanaktayız.

Mortalite durumu tüm laparatomîye göre oranı % 0,62 olarak
görülenmektedir

TABLO 16: Erken dönem relaparatomî nedenleri ve mortalite bulguları, 197 vaka münasebetiyle

Nedenler	Relapa- ratomî sayı	tüm lapa ratomîye göre%	MORTALİTE		
			E	K	%
Evisserasyonlar	49	0,38	8	3	22,44
Postoperatif kanamalar	23	0,18	9	1	43,47
Gastrointestinal tıkanmalar					
Gastrik tıkanma	5	0,04	1	-	20,
Barsak " "	48	0,38	10	2	25
Peritonitler					
Peritonitler	30	0,24	13	5	60
Abseler	3	0,02	2	1	100
Safralı peritonitler	2	0,016	-	1	50
Fistüller					
Kolon fistülü	11	0,09	8	1	81,81
Jejunum " "	3	0,02	1	-	33,3
İleum " "	10	0,08	6	1	70
Safra " "	1	0,008	-	-	-
Duodenum " "	4	0,03	2	-	-
Diğer nedenler	8	0,064	4	1	62,5
	197		62	16	

TARTIŞMA

Özellikle abdomen cerrahisinden sonra görülen komplikasyonların büyük bir çoğunluğunun tedavisi ancak yapılacak ikinci bir müdahale ile olmaktadır. (Relaparatomy). Bu sayede elde edilen sonuçlar medikal tedaviye oranla daha başarılı olmaktadır. (20, 23, 31)

Anekiyat sonrası meydana gelen komplikasyonların erken dönemde kesin olarak teşhis edilmesi ve relaparatomy, elde edilen başarıda önemli etkindir. (23)

Erken postoperatif dönemde girişim gerektiren komplikasyonları genelde şöyle etüt edebiliriz.

Evisserasyonlar - Evantrasyonlar

Post operatif kanamalar

Postoperatif gastrointestinal tıkanmalar

Mekanik gastrik tıkanmalar

Mekanik barsak tıkanmaları

Postoperatif lokalize ve yaygın peritonitler

Peritonitler

Intraabdominal abseler

Safralı peritonitler

Fistüller (12, 13, 20, 23)

- EVISSERASYONLAR: Karın duvarını yapan katların bir bölümünün veya tümünün açılması çeşitli isimler adı altında tanımlanmıştır. Evisserasyon , -Burst abdomen(Patlamış karın), abdominal yaraların ayrılması terimleri en çok tutulmuşlardır. (6)

Boyun, yüz ve ekstremitelerde cerrahisinde yara ayrılması nadirdir. Yetişkinlerde elektif batin ameliyatlarından sonra % 2 - 3 nisbetinde evisserasyonlar görülmektedir. (5). Ameliyattan sonra batin içi basıncını artıracak gaz gerginliği, gegirme, kusma, sık sık öksürme gibi şikayetleri olan hastalarda yara ayrılma nisbeti fazladır.

Postoperatif evisserasyonlar günümüzde de önemli bir komplikasyon olma özelliğini taşımaktadır. Lokal, sistematik, pre- per, ve post operatif faktörlerin herbirinin ayrı ayrı evisserasyon gelişmesinde etkileri vardır. Preoperatif dönem etkileri; genel predispozan faktörler, yara şifasındaki bozukluklar, primer(esas) hastalığın etkisi ve ilaçlardır.

Genel predispozan faktörlerde yaş, cins ve şişmanlık durumunu söyleyebiliriz. Evisserasyon daha ziyade 60 yaş üzerinde erkeklerde kadınlara oranla daha fazla ve şişman yağlı insanlarda görülmektedir. Erkeklerde fazla görülmesinin nedeni fiziki aktivitenin fazlalığı olarak gösterilmektedir. (28). Kadın erkek oranı çeşitli otörlere göre değişmektedir, bu oran 1/3 ile 1/7 arasındadır.

Yara şifasındaki bozukluklar olarakta faktör XIII eksikliği, fibrin eksikliği ve protein metabolizmasındaki bozukluklar olarak görülmektedir. (2, 12). Primer esas hastalığın etkileride evantrasyona sebep olmaktadır. Kanseri, asit, lokal ve genel peritonitler, akut pankreatit, ileuslar, tbc. (7,12, 23). İlaçlardan ACTH ve kortizon; fibroblast ve yeni kapiller gelişimini azaltarak kollagen oluşumunu bozmaktadır. Profilaksi ana-

cıyla antibiotik kullanılımlında evisserasyonu artırmaktadır.(3)

Operatif dönem etkileri olarak anestezi, ameliyat tekniği, kesi biçimleri, dikiş materyali, gözden geçirilebilir. Maskeyle yapılan solunumda barsaklara gaz geçerek atoniye yol açmakta ve karın içi basıncı artmaktadır. Median insizyonlarda yaranın ayrılması nisbeti transvers insizyonlardan fazladır. Pennick epigastrik bölgede % 16,8, hipogastrik bölgede % 7,4 açılma oranı bildirmiştir. Bunların sebebi batin içi basıncı arttığında yara yerine düşen gerilme kuvvetinin vertikal insizyonlarda transvers insizyonlara kıyasla 30 defa daha fazla olmasıdır. (5, 12, 23, 28). Ameliyat tekniği olarakta, dokuların travmatize edilmemesi, hemostazın tam sağlanamaması, nekrotik parçaların yerinde bırakılması, doku tabakaları arasında boşluk kalması, direnç sağlanan hastalarda, elektrokoter kullanılan hastalarda evantrasyon daha sık gelişmektedir.(18). Yara kapatılmasında sütür materyalide oldukça etkindir. Fasianın katgütle kapatılması enfeksiyonu artırarak evisserasyona yol açar. Katgüt yalnız dikişin destek kuvvetine gerek duyulmadığı, kolay ve çabuk rezorbsiyonun beklenen periton, kas ve cilt altı dokularda kullanılır. (2,3, 18). Evantrasyon beklenen durumlarda retansiyon sütürlerinin kullanılması yerinde bir tedbirdir. Evantrasyon 2 -10 kat ölenebilmektedir.

Post operatif dönem etkenleri olarak, karın içi basıncını artıran nedenler ve yara enfeksiyonları evisserasyon gelişimine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Yara en-

refeksiyonu konjaktif dokuyu bozar, proteolizisi artırır, organizmanın direncini azaltır. Karın içi basıncını artıran nedenler ise ; öksürük, kusma, asit, konstipasyon, mide barsak atonileridir.

Evisserasyonun postoperatif erken devrede tanınması büyük dikkat ister. Batın ensizyonlarında yara ayrılması ilk günden itibaren başlar, fakat yüzeysel tabakalar tarafından gizlendiğinden 5 -6. güne kadar meydana çıkmaz. (5). Evisserasyon tehdidinde yarada ağrı, meteorizm, diyare, ateş yükselmesi mevcuttur.

(5, 6, 24). İlk önemli belirti yaradan serohemorajik bir akıntının gelmesidir. Mayı görülmesinden 24 saat sonra bütün tabakalar açılır ve bütün karın organları dışarı çıkarlar. Yaradan akıntının görülmesinden sonra her 12 saatte bir yaranın parmakla muayenesi gerekir. Evisserasyon durumu tesbit edilir edilmez derhal reoperasyona alınmalıdır. Evisserasyonda genellikle yarada görünür açılma 7.-10. günler arasında veya takiben ortaya çıkar. İlk 3 gün içinde genellikle teknik kusurlara bağlı olarak, geç dönemde ise kötü beslenme, infeksiyon, pulmoner komplikasyonlar sonucu olarak gelişir. (6, 24)

Evantrasyonlar ayrılan dokuların cinsine göre iki kısımda mütalaa edilecektir. Fasianın açılıp peritonun açılmamış olması haline parsiyel evantrasyon(evisserasyon), karın duvarını yapan tüm katların açılması haline komplet(tam) evisserrasyon denilir, burada karın organları hava ile temastadır. Komplet evisserrasyonuda iki kısımda görmekteyiz. Bunlar serbest evisserrasyon (organ prolapsusu) bütün karın içi organ-

ların karın dışına çıkması halidir. Yapışık evantrasyonda organ prolapsusu yoktur, periton ve omentum iltihap nedeni ile yapışık durumdadır.

Tablo 17 de post operatif erken komplikasyon olarak evisserasyon görülen hastalarda (relaparatomî yapılmışlarda) çeşitli yazarlarca bildirilen değerler gösterilmiştir.

TABLO XVII: Relaparatomî yapılmış postoperatif evisserasyonlara ilişkin literatür değerleri.

Yazar	Yıl	Laparatomî sayısı	Evisserasyon sayısı	% oran
Wolf	1950	1700	49	2,60
İ Bloçk	1958	7159	41	0,57
Hentsthell	1968	3344	41	1,23
Kayabalı İ	1975	3603	32	0,88
Pusane A.	1978	11800	43	0,37
Eckert	1978	3682	17	0,46
Pennick	1979	4538	117	2,58
Diyarbakır Tıp	1984	12464	49	0,39

Tablodada görüldüğü gibi çeşitli otörlerce değişik rakamlar verilmiştir Wolf % 2,60 ve Pennick % 2.58 ile en yüksek rakamı bildirmişlerdir.

Evisserasyon için yapılacak tedavi yöntemi re sütünürdür.

Ancak genel durumu çok bozuk hastalarda konservatif tedavi

yapılabilir. Tabakalar anblok olarak kalıcı sütürlerle kapatıldıktan sonra deri gevşek sütürlerle aralıklı olarak kapatılır. Yara dudaklarından 3 cm uzaktan 4 -5 cm aralıklı 2 -3 tane kalıcı sütür materyali ile retansiyon sütürleri konulabilir. Sütür yara üzerinden lastik tp geçirilip bağlanır ve 12.- 14. günlerde alınır. (2,6, 15, 24).

Ameliyat geçirmiş bir hastada kan basıncının düşmesi, nabızın hızlanması, ekstremitelerde soğukluk ve solukluk, dispne ve hava açlığı, şiddetli halsizlik, susuzluk hissi gibi şikayetlerde bir abdominal kanama hatıra getirmelidir. İnteraabdominal kanamalarda peritoneal hassasiyet ve ağrı, eger varsa direnlerden kan gelmesi tesbit edilebilir. İnteraluminal kanamalarda işe nazogastrik tüpten kan gelmesi, kusma ve melena tesbit edilebilir.

Büyük ameliyat geçirmiş hastalarda kan kaybı olduğu zaman relaparatomı için kriter, birim zaman içinde verilen kan miktarıdır. 24 saat içinde 1500 - 2000 ml kan verilmesine rağmen şok durumu devam ediyor ve kan değerlerinde yükselme olmuyorsa relaparatomiden asla kaçınılmamalıdır.(15, 25, 30).

Postoperatif erken dönemde kanamaya bağlayan hastalarda hemen kan transfüzyonuna bağlanır, fizik muayene ile kanamanın lokalizasyonu saptanır, eger mide kanaması mevcutsa wangensten metoru ile mide soğutulması yapılır, nazogastrik tüp ile serum irrigasyonu, buzlu su ve mucaim irrigasyonu yapılır.Böylece mide içindeki pıhtıların fibrini harcamasına engel olunur.

KC kısmi rezeksiyonlarından sonrave kist hidatik için yapılan kistektomiden sonra, safra sistemi üzerinde yapılan ameliyatlardan sonra ve K vit. eksikliğine bağlı olarak hepatobilier sistem hastalıklarından sonra bu kanamalar görülür. Sarılıklı hastada kanamaya meyil artmıştır. Protrombin eksikliğine bağlı olan bu kanamalarda KC sağlam ise K vitamini verilerek durum düzeltilebilir.

Hemobilide tedavi nedene göre yapılabilir. Kanayan arterin bağlanması ve koledok direnağı en geçerli yoldur. Postoperatif hemobilia sendromu bir akut fibrinolizis ve bir portal hipertansiyon dışında başka nedenlere bağlı olarak ta gelişmektedir. KC pedikülündeki arterlerin yırtılması; burada genellikle A.Hepatikanın sağ dalı yaralanmaktadır. Bu arter ductus hepaticus ve Choledok un sağ arkasından geçerek ilerler, işte bu komşuluk ve özellikle safra kesesi boynunun yakınından geçmesi yüzünden safra kesesi ve ductus koledokus üzerinde yapılan diseksiyonlar sırasında diğer arterlerden daha çok yaralanma şansına sahiptir. (17, 26, 27). Bu şekilde arter yaralanmalarının sonuçları bir hemobilia biçiminde olmaktadır. Bu tür postoperatif hemobilialar şu yollarla kendini belli ederler: Arterde travma sonucu gelişen anevrizmanın safra yollarına açılması,ve arterio bilier direkt fistül (arteriyel kan safra yollarına geçmeye başlar).

Hepatobilier sistem ameliyatlarından sonra gelişen kanamalarda klinik belirtiler: Ağrı sağ hipokondriumdadır, kolik tarzındadır ve kanamadan birkaç saat önce ortaya çıkar.

Kanamalar, melena ve hematemez tarzındadır.,direnaj bulunan hastalardan direnlerden kan gelir. Sarılık; kanamadan hemen sonra gelişir sub ikter veya tam ikter şeklindedir. Teşhis için laboratuvar ve radyolojik bulgular önem arz etmez, ancak selektif hepatik anjiyografi arterdeki kaçağın yerini ve büyüklüğünü meydana koyabilir. Tedavide relaparotomi ilk ilkedir. Kanayan sistik arter bulunur bağlanır. Safra kesesi yatağı kanamalarında elektrokoagülasyon veya sütür tekniği kullanılır. KC yaralanmaları veya rezeksiyonlarından sonra görülen kanamalarda ligatür, kontinü sütür veya elektrokoagülasyon, gerekirse hepatik arterin dallarının bağlanmasına gidilir.(33). Hemobilide tedavi nedene göre yapılabilir. Kanayan arterin bağlanması, koledok direnaji en geçerli girişim olarak tavsiye edilmektedir.(3, 1, 23, 33)7.

Gastroduodenal ameliyatlardan sonra görülen kanamalar genelde intraperitoneal(periton boşluğu içine olan kanamalar) ve intraluminal kanamalar(sindirim sistemi içine olan kanamalar). İntraperitoneal kanamalar; vagotomi esnasında ekartörle veya mide çekilmesi sırasında dalak yaralanması, rezeksiyon sırasında vasa breviaaların zedelenmesi, duodenum mobilize edilirken pankreas laseksasyonu ile olabilir. Intraluminal kanamalar hematemez, melena, eğer levim tüp var ise levinden kan gelmesi ile kendini belli eder. Mide ameliyatında anastomoz hattında yeterli hemostaz yapılmaması,özofagus varis kanaması, mallo-ri weis sendromu, gastrik erezyonlar,kanama diatezi, rezeke edilemeyen duodenal ülserlerde kanamalar olabilir.(8, 33)7.

Intraperitoneal kanamalarda relaparotomi yapılır. Kanayan yer bulunur ve ligatüre edilir. Dalak yaralanmalarında splenektomi endikasyonu vardır. Elektif mide ameliyatlarından sonra oluşan kanamalarda tedavi kararı zor değildir. Midenin ön yüzüne anastomoza gelen damarları yaralamama amacı ile uzunlamasına ensizyon yapılır. Gastrotomiden anastamoz hattı midenin kalan kısmı ve cardia gözlenir. Anastamozdan olan kanamalarda kalıcı sütür materyali ile çift dikiş konur. Diffüz multipl kanamalarda ise vagotomi ilave edilmelidir. Bilrot II tipi ameliyatlarda rezeksiyondan sonra olan kanamalarda önce midenin açılıp explore edilmesi lazımdır. Duodenal stumpan olan kanamalarda, duodenum açılır, açılmış stump kapatılırken external duodenostomi, götürücü urvenin internal olarak nazogastrik tüp ile direnağı ve stumphun etrafının direnağı mutlaka yapılmalıdır. (25, 30, 33).

Kanayan duodenal ülser için yapılan vagotomi sonrası tekrar kanama nedeni, kanama noktasının yetersiz kontrolüdür. BERNE ve ROSOF, duodenumdaki ülser tabanına gelen arter şebekesinin multipl sütürlürlere ligasyonunu tavsiye etmektedirler. Böylece kanayan ülser kontrol altına alınabiliyorsa gastrektomiden vazgeçilir. Aslında kanama durmuş olsa dahi gastrektomi en geçerli yöntemdir. Tekrarlanmış abondan kanamalarda gastrektomi tavsiye edilen yöntemdir. (25, 30, 33).

Gastrik erozyonlar; genellikle "hemorajik gastrit" "stres ülseri" denilen bu patoloji mide yüzeyinde yaygın kü-

çok ve çok sayıda süperfisyel mukoza harabiyeti şeklinde kendini belli eder. Büyük ameliyatlardan sonra travma, sepsis, şok, yanık, intrakranial lezyonlarda görülen bu durum fazla aspirin ve steroid alımındada ortaya çıkabilir. Bu olay büyük streslere karşı verdiği cevap ile gelişir. Sekonder olarak gelişen patalojik yaygın damar içi pıhtılaşması veya hidrojen iyonlarının bozulmuş mide mukozasından geri diffüzyonu sorumlu tutulan faktörlerdir. Histamininde stres ülseri oluşumunda etkili olduğu gösterilmiştir. Yara enfeksiyonlarının hiperasiditeye yol açtığı ve stres ülseri meydana geldiği görülmüştür. Stres ülseri vakalarının büyük bir bölümünde midede midede lokalize olmakta ve multipldirler. Bazı vakalarda ülser yerine peteşiel kanamalar ve ekimozlar görülür. Stres ülserlerinde delinmeye az raslanır. En çok duodenum ülserlerinde delinme görülmektedir. Duodenum ve jejununda stres ülserleri daha azdır. Stres ülserleri her yaşta ve erkeklerde iki misli daha fazla görülür.

Gastrik erezyonlarda en çok Tr. Vagotomi+ direnaja ve multipl sütür ile ligasyon yöntemi uygulanmaktadır. Çok sayıda olan ülserlerde total gastrektomi tercih edilmektedir. Total gastrektomide tekrar kanama oranı çok düşüktür.

Stres ülserleri genellikle travmadan 2 -25 gün, ortalama 8 günde ortaya çıkarlar, prodrom devresi genellikle yoktur. Kanama belirgin ve en önemli belirtidir, hematemez veya levin varsa levinden kan gelmesi ile kendini belli eder.

Ülser tipinde olan veya olmayan ağrı yoktur. Kontraktür bulunmaz. Stres ülseri tanısında lokalizasyon bakımından iki muayene yardımcı olur. Gastroskopi ve selektif anjiografidir.

Stres ülserinde tedavi ilk önce medikaldir. Kaybedilen kan hızla yerine konur, nazogastrik aspirasyon yapılır, mide buzlu su ve mucain ile devamlı yıkanır ve aspire edilir. antikolinerjik ve antiasit ilaçlar verilir, yumuşak diyet uygulanır, A vitamini, yüksek dozda trankeklizan ilaçlar, K ve C vitaminleri verilir. Medikal tedaviye rağmen düzelme olmazsa operasyon yapılır.

KC rezeksiyonu, KC yaralanması ve kistektomiden sonrada intraperitoneal kanamalar görülür. Karında diren mevcutsa direnden kan gelmesi, diren yoksa karında ve anemi hali ile kendini belli eder. Kist duvarı ne kadar az kireçli ve ne kadar duşkus hepatikuslara yakınsa kanama meydana gelmesi o kadar fazladır. Burada kanayan daha ziyade venlerdir. Relaparatomı yapılır kanayan karaciger bölümüne U sütürleri konur.

Postoperatif erken dönemde meydana gelen gastrointestinal tıkanmaları, mekanik gastrik tıkanmalar ve mekanik barsak tıkanmaları olarak iki kısımda incelenmektedir. Relaparatomı gerektiren erken mekanik gastrik tıkanmaların görülme sıklığı Stammers'e göre % 0,16 (32), Hibner ve Richards'a göre % 4,6 oranındadır. Bu sıklık klinigimiz de % 2,53 olarak görülmektedir.

Mide üzerinde yapılan girişimlerden sonra erken dö-

nemde meydana gelen post operatif tıkanmaların nedenleri şunlardır. Mide çıkışında tıkanmalar; anastomoza yakın iltihabi yapışıklıklar, anastamozun içeri aşırı innervasyonu, transvers mezokolon tarafından getirici ve götürücü urvelerin tıkanması(posterior anastamozlarda), getirici ve götürücü urvelerin volvulusu (antekolik anastamozlarda), akut jejuno gastrik invaginasyon, stomal ödem. (9,12, 23).

Mide ameliyatlarından sonra nazogastrik tüpten günde 600- 700 cc mide muhtevası gelirken, 3 -5. günlerde 3000 - 4000 cc ye varan muhteva gelmeye başlar, karın üst bölümünde ağrı ve kusmada görülür.(12, 23, 30). Olayın devamı halinde mide dilatasyonu ve buna bağlı olarak ağır elektrolit kayıpları, getirici urvede distansiyon durumunda ise duodenal stump- ta sızdırma olabilir.

Genellikle göbek üzerinde epigastrium veya sol hipokondriumda lokalize ağrı, safrasız bol kusma, hızla gelişen bir dehidratasyon, epigastrium ve göbeğin sol yanı hizasında elastik çok ağrılı bir kitlenin(bogulmuş strangüle ve dilate barsak ansı) ele gelmesi. Radyolojik bulgu olarak boş karın filmlerinde yuvarlak ileri derecede genişlemiş bir mide, büyük ,uzun ve tek bir seviye görülebilir. Prognoz da tanı geç konulduğu için genellikle karanlıktır.

Tedavi; acil olarak yapılan şirürjikal girişimdir.

Nekroz meydana gelmiş durumlarda afferent ans strangülasyonu vakalarında anastamozun açılıp düzeltilmesi gereklidir.

bu aneliyatın mortalitesi yüksektir. Uzun ans sonucu gelişen volvulus hallerinde nekroz varsa rezeksiyon ve termino terminal anastamoz, nekroz yok ise anastamozun afferent ve efferent bölümleri arasında basit bir jejuno jejunostomi (braw anastamozu) yapılması yeterlidir. Jejuno gastrik retrograt invaginasyonlarda ise kolon transvers mezosunun mideye çepeçevre tesbiti ile birlikte yine bir brawn anastamozu yapılması gerekir. (1, 10, 12, 13,23).

Postoperatif mekanik ileus öncelikle mekanik bir engelin bulunduğu, buna sonradan dinamik bir ileusun katıldığı infeksiyon, elektrolit ve sıvı dengesi bozukluklarının sekonder olarak ortaya çıktığı klinik ve patolojik bir durumdur.(12)

Bridler, akut peritonitlerde savunma reaksiyonu neticesi oluşan fibrin polimerleridir. Peritonit nedeni ile irritasyona uğrayan periton damarlarında önce dilatasyon ve permeabilite artması ortaya çıkar. Daha sonra karın içine bol sıvı ile birlikte polimorf nüveli lökositler geçerek bakterileri ve yabancı cisimleri ortadan kaldırmaya çalışırlar, bu esnada barsaklar genişlemiş, serozaları ödemli bir hal almış ve fibrinli bir eksüda ile örtülmüştür. Fibrin polimerlerinin oluşturduğu bridler(bandlar) barsak anslarını diğer karın organlarına ve karın duvarına yapıştırırlar.(4)

Erken relaparotomi endikasyonları arasında ileusların, peritonitlerle aynı oranda (yaklaşık % 30 -35 arasında) yer aldığı bildirilmektedir.Fakat Kayabalı ve Pusane bu ora-

ni az bulduklarını ifade etmektedirler. (12, 13, 22, 23)

İleuslara yol açan nedenler etyopatogenez yönünden şöyle sıralanabilir. Peritonizasyonun tam yapılmaması, karın boşluğuna septik kapsamın dökülmesi, gereksiz yere uzun süre diren tutulması, insizyonu kapatırken yeterli dikkat sarfedilmesi. (23).

En sık görülen patolojik görünüm brid ileuslardır. Daha az olarak volvuluslar ve strangülasyon takip eder.

Post operatif mekanik ileuslarda tanıya zorluk veren ve yanıltan birçok etkenler vardır. Belirtiler genellikle silik ve aldatıcıdır. Çünkü analjezik ve narkotiklerle maskelenmişlerdir. Kesi yerindeki ağrı ve duyarlılık hastalarda muayeneyi güçleştirir., ve fizik belirtilerin az belirgin olmasına yol açar. Belirtilerin çoğu gaz ağrılarına atfedilir ve geçirilmiş bir laparatominin normal bir tanısı olarak kabul edilir.(12, 14)

İleusla birlikte peritonitis varlığı; bu durum en çok perfore apandisitlerde görülür. Böyle vakalarda fonksiyonel (dinamik) bir ileus teşhisi ile uzun süre medikal tedavi yapılmakta sonunda hipoproteinemî ve kaşeksi gelişmektedir. Peritonitis ile birlikte olan post operatif mekanik ileuslarda ileum ansları koyu(jelatino) bir eksüda (cerehat) içinde birbirine yapışık olarak bulunur.(conglomerat). Multipl tıkanmalar ve barsaklar arasında multipl abseler vardır, bu duruma plastik peritonit adı verilmektedir. NOBLE, şirürjikal girişim aksini isbat etmedikçe bir peritonitis sırasında gelişen her ileus mekaniktir demiştir.

Paralitik komponentli miks ileuslar olabilecegi göz önünde tutularak relaparatomiden kaçınılmamalıdır. İleuslarda klinik belirtiler iki gurubta incelenmektedir. Yukarı tıkanmalar; daha çok kusma ve dehidratasyonla belli olurlar. Aşağı tıkanmalar daha çok görülür, ileusa ait bütün belirtiler bulunur. Önemli klinik belirtiler şunlardır: Ameliyatın üzerinden 72 saat geçmesine rağmen barsak hareketlerinin başlamaması, başlayan barsak hareketlerinin ani olarak durması, direnlerden bol miktarda seröz sıvı gelmesi, eğer mevcutsa kolostominin çalışmaması, karında defans, distansiyon ve ağrı bulunması.(12, 21)

Post operatif erken mekanik ileuslarda mide sekresyonu nazogastrik tüp ile boşaltılır, eksik olan kayıplar yerine konulur konulmaz ameliyat yapılır. Karın açılır, bridler çözülür, gastrik dekompresyon yapılır, vitalitesi bozulmuş barsak kısımları rezeke edilerek çıkarılır ve geri kalan kısımlar anastomoz edilir.

Post operatif erken mekanik ileuslarda ölüm oranı yaş ve ikinci girişime bağlıdır. Mortalite literatürde % 12 - 50 arasında değişmektedir. 60 yaş civarında mortalite % 60, yine 12. postoperatif günden sonra mortalite % 60 civarında olmaktadır.

Bridlerin oluşumunu engellemek için karın içi iyi temizlenmeli ve profilaktik olarak preoperatuar karının antibiotikli serum fizyolojikle yıkanması (peritoneal lavaj) metotları kullanılmıştır. (4, 12)

Noble mekanik barsak tıkanmalarını önlemek için barsakların fiksasyonu olan enteropeksiyi kullanmıştır.(4, 16). Enteropeksi özellikle tekrarlayan postoperatif tıkanmalarda endikedir (4). Son zamanlarda kallikrein inaktivitör ünitesi olan proteinaz (trasyol) inhibitöründen faydalanılmaktadır. Karın temizlendikten sonra trasyol dökülmektedir.

TABLO XVllll:Postoperatif erken mekanik ileuslardainsidens ve mortalite literatür degerleri.

Yazar	Vaka sayısı	Mortalite	
		Sayı	% oran
Becker	57	10	1,5
Miller	14	3	22
Balatre	56	18	32,1
Hegeman	30	3	10
Kayabalı	8	4	50
Pusane	7	3	42,8
Bizim serimiz	48	12	25

Her cerrah yaptığı karın ameliyatından sonra üç komplikasyondan çekinir; kanama, ileus ve post operatif peritonitlerdir. Peritonit ve fistüllerde etyolojik nedeni şöyle sıralayabiliriz. Mide ve duodenum üzerinde yapılan girişimlerden sonra duodenal stump açılması, anastamoz hattından olan kaçaklar, ameliyat sırasında septik kapsamın karın içine yayılması. İnce ve

kalın barsaklar üzerinde yapılan ameliyatlardan sonra, appendektomiden sonra postoperatif çekum nekrozu, appendiks stump-hunun açılması, perfore apandisit durumunda ameliyat öncesi veya sırasında septik kapsamın karına yayılması, barsak rezeksiyonlarından sonra anastomoz yetersizliği veya açılmaları.

Ameliyat geçirmiş bir hastada gittikçe artan bir karın ağrısı, ateşin septik bir hal alması, inatçı barsak hali, nedeni belli olmayan oligürü postoperatif peritonitin ilk ve alarm verici işaretleridir. Solunum yüzeyleşmiş, nabız adedi artmıştır. Yapılan medikal tedaviye rağmen 48 saat içinde paralitik ileus durumunda düzelme ve idrar miktarında artma olmuyorsa, nabız ve solunum sayısında yükselme devam ediyorsa kesin relaparotomi endikasyonu vardır. Girişime kadar geçen süre uzadıkça mortalitede artmaktadır. 10 günden sonra girişim yapılmış olguların % 84,2 sinin kaybedildiği bildirilmiştir. (21).

Fistül ve peritonit vakalarında hipovolemik şok hali düzeltilir, eğer septik şok tablosu mevcutsa kortikosteroidler verilir, hastaya yapılacak relaparatominin amaçları şunlar olmalıdır; Enfeksiyona yönelik girişimler: Enfeksiyon kapsamının boşaltılması, direnaja, enfeksiyon kaynağının devre dışı bırakılması (enterostomi, kolostomi, veya iç derivasyonlar gibi). Enfeksiyon kaynağının yok edilmesi (sütür, rezeksiyon, eksteriorizasyon), karın içine etkili direnlerin yerleştirilmesi, devamlı veya aralıklı peritoneal lavaaj.

Periton içindeki sıvılar ve partiküller peritoneal memb-

ran aracılığı ile lenf sistemi tarafından emilip temizlenmektedir. Bu temizleme işlemini aktive etmek anacı ile antibiyotikli veya antibiyotiksiz sıvı irrigasyonu yapıp periton boşluğu mekanik olarak temizlenebilir. (6, 12, 21, 22)

Hidatik safralı peritonitiser, burada peritonitin sebebi KC de bulunan ve KC içi safra yollarına fissürüze olan bir kistin periton boşluğuna yırtılmasıdır.

Spontan denilen safralı peritonitiserde bulunmaktadır. Belirli ve kesin bir etken olmadan gelişen vakalar bu grupta toplanırlar. Burada postoperatif pankreatitis acuta sonucu gelişen safralı peritonitiser, koledok taşı ve iltihapları sonucu gelişen safralı peritonitiser, KC dışı safra yolları içinde basınç yükselmesi sonucu gelişen safralı peritonitiser, KC yüzeyinde variköz genişleme gösteren safra yollarının yırtılmasına bağlı olarak gelişen safralı peritonitler yer alırlar.

Postoperatif intraabdominal abseler; genellikle mide , duodenum, safra yolları, ince ve kalın barsak ameliyatları geçirmiş hastalarda ortaya çıkabilir. Bu abseler çoğunlukla ameliyat sırasındaki veya daha sonraki direkt bulaşmaya bağlıdır. Ameliyat sırasında barsak kapsamının etrafa bulaşması, iç organların ameliyat sırasında farkedilmeyen travmatik veya iatrojenik yaralanmaları, anastomoz hattından sızma veya anastomozun açılması, esas lezyondan bulaşmanın devam etmesi, postoperatif intraabdominal abselerin sık görülen nedenleridir.

(23). Periton boşluğu içine girmiş kontamine kapsamın yayılması şu şartlara bağlıdır: Anatomik doğal engeller, periton içindeki basınç farkları, yer çekimi ve vücudun durumu, kaçak

yapan iç organın yeri ve kapsamın özelliği.

Karın ameliyatı geçirmiş bir hastada klinik beğirtiler ve teşhis yöntemleri intra abdominal abse şüphesi veriyorsa vakit geçirmeden cerrahi direnaja yapılmalıdır. İkinci girişime kadar geçen süre uzadıkça mortalitede uzamaktadır. Cerrahi tedavinin başarısı için absenin, özellikle subfirenik abselerin lokalizasyonlarının tam ve doğru yapılması gerekir. Subfirenik abselerde cerrah, absenin yerine, ilave torasik veya abdominal komplikasyonların olup olmadığına göre cerrahi direnaja yöntemlerinden en az zararlı ve en kolay olanını seçmelidir. Ameliyat sırasında aseptiye dikkat edilmeli, bir organ açılmışsa periton boşluğuna bulaşması önlenmelidir. Periton boşluğu enfekte kapsamdan iyice temizlenmeli, bol sayıda dren konulmalı, ameliyat sonrası serum veya antibiyotikle irrigasyon yapılmalıdır.

Postoperatif safralı peritonitlerde önce hastanın sıvı ve elektrolit kayıpları süratle yerine konulur. Oksijen tedavisi, etkili antibiyotik, kortikosteroid, dissemine intravasküler koagülasyonu önlemek için heparin verilmesi ölümleri oldukça azaltmaktadır. Sonra uygun relaparatomî yapılır.

Diyarbakır tıp fakültesinde yapılan operasyonlar, relaparatomiler sayı ve mortalite durumları diğer literatür bulguları ile karşılaştırılmış elde edilen değerler tablo XIX. de gösterilmiştir.

TABLO XIX® Relaparatomî ve bunlara bağlı olarak mortaliteye ilişkin literatür değerleri.

Yazar	Yıl	Laparatomi sayısı	Relaparatomi sayı	%	Mortalite %
Lowdon	1959	1571	75	40	32
Kunz	1962	29,000	158	0,53	69
Prenner	1962	10297	73	0,7	55
Kaeufer	1973	2550	131	5,2	47
Pichlmayr	1974	1475	85	5,7	49,4
Schreiber	1978	3682	142	3,86	43
Kayabalı	1975	3683	104	2,88	47,4
Cerrahpaşa tıp	1979	11800	133	1,13	38,4
Diyarbakır tıp	1984	12464	197	1,58	39,6

Relaparatomiler sonu mortalitede en yüksek değeri % 69 ile kunz bildirmiştir. En düşük mortalite değerini ise lowdon yayınlamıştır. Türkiyede üç fakültenin sunduğu değerler birbirine yaklaşık olarak bulunmuştur.(Cerrahpaşa tıp % 38,4, Diyarbakır Tıp % 39,6, Ankara tıp ise % 47,4 olarak mortalite bildirmişlerdir).

Mekanik ileuslarda mortalitede en düşük değeri Becker (10 olguve % 1,5 mortalite), En yüksek mortalite değerini ise Kayabalı(12) bildirmektedir(8 olgu, 4 mortalite ve % 50oran) Kliniginiz araştırmasında ise 48 olgu, 12 mortalite ve % 25 oran bildirilmiştir.

Postoperatif peritonit olgularında mortalite değerleri

hakkında en düşük değeri Siewert bildirmiştir(132 postoperatif peritonit bildirmiş ve mortalite oranını % 47,7 olarak göstermiştir.), en yüksek mortalite değerini % 77 ile Kunz bildirmiştir. Cerrahpaşa Tıp fakültesinde bu oran%63,2 olarak gösterilmiştir. Klinigimiz araştırmasında ise bu oran 35 olguda 22 eksitus görülmüş mortalite oranı % 62,85 dir, tüm fistül ve peritonit durumları beraber değerlendirildiğinde (64 olgu 39 mortalite, % oran 60,93 olarak görülmektedir.

SONUÇ

1. Ağustos 1969 ile 31. Aralık 1983 yılları arasında Diğle Üniversitesi Tıp fakültesi genel cerrahi ana bilim dalında sindirim sistemi cerrahisinde postoperatif reoperasyonlar nedeniyle tedavi görmüş 197. hastanın dosyaları incelenerek retrospektif bir çalışma yapılmıştır.

Postoperatif reoperasyona neden olan sebepler çeşitli yönleriyle ayrı ayrı incelenmiştir. Burada reoperasyona sebep olan nedenlerin başında Brid ileuslar, peritonitler ve evisserasyonlar gelmektedir. vakalarımızın büyük ekseriyetinin akut ve künt karın tablolarıyla kliniğe müracat ederek operasyona alınan hastalar teşkil etmektedirler.

Sindirim sistemi cerrahisinde erken postoperatif dönemde tesbit edilen koplikasyon için ne kadar erken relaparotomi kararı verilirse mortalitenin'de o oranda azaldığı görülmüştür.

Akut karın tablolarını bölgenin sosyo ekonomik şartlarından dolayı hekime geç müracatları nedeniyle periton boşluğu septik muh-teva ile kirlenmekte ve buna bağlı olarak postoperatif dönemde en çok bu vakalarda peritonit ve sütür açılmasına bağlı olarak fistül meydana gelmekte ve mortalitede yüksek olmaktadır.

Postoperatif devrede hasta hijyeninin tam olmaması, hasta hekim koordinasyonunun tam yapılamaması (bisan güçlükleri, hastanın cehaleti), ekonomik güçlükler nedeniyle yeterli ilaç temin edilememesi mortaliteyi etkileyen ve yükselten önemlidenlerdir.

Bukadar menfi şartlara rağmen postoperatif devrede meydana gelen komplikasyonlar'da vakit geçirmeden relaparotomiye karar vererek hastanın operasyona alınması ile iyi ve yüzgüldürücü so-

nuçlar almışızdır.

Relaparatomiler cerrahinin daima en yüksek mortalitesi olan operasyonlarıdır. Burada daima dikkatli, hatasız ve en çabuk bitirilecek tekniği uygulamak zorundayız. Böylece mortalitede de azalma olmaktadır.

ÖZET

Bu çalışmaya 1.Ağustos 1969 ile 31.Aralık 1983 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi genel cerrahi ana bilim dalında tedavi gören relaparatomî yapılmış 197. hasta üzerinde yapılmıştır.

Relaparatomî yapılan 197 vakanın 49 unda(% 24,9)operasyona almana nedeni evisserasyon idi.23 vakada(% 11,7) postoperatif erken dönemde kanama nedeniyle relaparatomî uygulanmıştır. barsak tıkanması nedeniyle 48 vaka (% 24,3) , çeşitli peritonitler nedeniyle 35 vaka (% 17,7), çeşitli fistüller nedeniyle 29 vaka (% 14,7) için relaparatomî yapılmıştır.

Relaparatomî yapılmış 197 hastamızın 152 erkek (%.77,15) 45 Kadın (% 22,84) idi

197 relaparatomiden 184 olguya 2 defa (% 93,4) , 10 olguya 3. defa (% 5) , 2 olguya 4.defa (% 1,01) , 1. olguya'da 5 defa (% 0,50) operasyon zorundağı dolmuştur.

Kliniğimizde relaparatomî yapılmış 197 vakadan 27 tanesi (% 13,7) normal bir operasyonu takiben meydana gelen komplikasyonun neticesi olarak yapılan relaparatomilerdir.Geriye kalan 170 vaka ise acil olarak müdahale edilen hastalarda meydana gelen komplikasyonlar sonucu yapılan relaparatomilerdir. (% 86,3)

Relaparatomî yapılan hastalarda en fazla mortalite peritonit ve fistül vakalarında görülmüştür. 197 relaparatomî yapılan vakalarımızda 78 ölüm meydana gelmiştir.(% 39,60)

3 Abse olgusu nedeniyle relaparatomî yapılmış vakamızda her üç hastada exsitus olmuştur ve mortalite (% 100 dür)

Kolon fistüllerinde mortalite (% 81,81) olarak, İleum fistüllerinde % 70 olarak, peritonitlerde % 60 olarak mortalite görülmektedir. En düşük mortaliteye gastrik tıkanmalarda % 20, barsak tıkanmalarında % 25, evisserasyonlarda % 22,44 olarak rastlanılmıştır.

Bu arada bazı hastalarımız'da birden fazla koplikasyon nedeni ile relaparotomi yapılmıştır. 7 hastamızda ileus+peritonit 3 hastamızda kanama+evisserasyon, 5 hastamızda evisserasyon+brid ileus, 6 hastamızda'da evisserasyon+genel peritonit durumu birlikte görülmüş ve bu nedenle relaparotomi uygulanmıştır.

Reoperasyon için en büyük sebep evisserasyonlar ve gastrointestinal tıkanmalar idi. toplam 53 gastrointestinal tıkanma tesbit edilen hastalarımızda bu tıkanmanın yerleri şöyle idi :5 olguda gastrik tıkanma, (% 9,43), 2 olguda sigma torsiyonu(3,77), 2 olguda invaginasyon (% 3,77) , 4 olguda ince barsak torsiyonu(%7,54) 40 vakada'da bird ileus durumu tesbit edilmiştir.(% 75,47)
Sigmoid kolon torsiyonu hastaya rezeksiyon+hartman kolostomi uygulanmıştır.(bunlara bilahare kolostomi revizyonu yapılmıştır),

İnvaginasyon tesbit edilen 2 vakamızdan 1.tanesi dâinvagine edilmiş diğesinde barsak duvarında nekroz meydana geldiği için rezeksiyon+uçuç anastomoz uygulanmıştır.

Birid ileus meydana gelmiş 40.olgumuzdan 2.sinde biridler barsakda nekroz meydana getirdikleri için bunlarda kısmi ileum rezeksiyonu+ anastomoz uygulanmıştır.

- 1- BLOCK-V: Aktüelle fragen beistörungen des Wound heilung
langenbeck's Arch. Chir; 289, 42-59. 1958
- 2- BÖTTGER,G; VOİSTER,C: Die postoperative bauchwoundruptur
der chirung. 11: 80-85, 1969
- 3- BÖTTGER,G: Ursachen und behandlung der postoperativen ba-
uchwoundruptur und der Bauchnarbenbrüche, langenbecks Arch.
Chir; 325; 39-59, 1969
- 4- CANBEYLİ, Bahattin: Cerrahide noble ameliyatının önemi.
D.Ü.Tıp.Fak.Dergisi, cilt 6, sayı 3, 712-714, 1978
- 5- DEGERLİ,Ü: Cerrahi hastaların bakımı ile ilgili problem-
ler. İstanbul 1970. İ.Ü.Tıp Fak. 191-192
- 6- ECKERT,P; EİCHFUSS,HB: Führe laparatomie Chirung 33-49
1978
- 7- FOSTER,J.H.Hall; DUNPHY,J.E: Surgical management of blee-
ding ulcers.Surg. Clin. North Am 46. 387. 1966
- 8- GRACE, W.J; MITTY,W.F: Does subtotal gastrektomi in blee-
ding peptik ülcer prevent recurrence of bleeding? Am.J.Dig.
Dis. 7:69, 1962.
- 9- HARDY;J.D: Compplikations of gastrik surgery. Editörler:C.P.
arzt, J.D.Hardy:Management of surgical Compplikations.3.
baskı, W.B.Saunders Co. Philedelphia-London-Toronto 445
1975
- 10- HİBNER,R; RİCHARDS,V: Stomal of small bowel obsrüksion
folloving partial gastrektomy. Am.J.Surg.96:309. 1958
- 11- KAYABALI,İ: Akut karın teşhis yolları ve tedavinin ilke-
leri. A.Ü.Tıp Fak. Sayı 315. 130-132. 1974
- 12- KAYABALI,İ: Karın şirürjisinde post operatif erken dev-
rede reintervasyon. A.Ü.Tıp. Fak. No:359, 1974
- 13-KAYABALI,İ: Karın şirürjisinde post operatif erken dev-
rede reintervasyon. A.Ü.Tıp.Fak.Mecmuası.21:1124, 1968
(35 vakada sebeb, teşhis,ve sonuçların etüdü)

- 14- KUR ANEL,V: Rostoperatif brid ileuslar. Dirim aylık dergisi.Mayıs-Haziran. Sayı 5-6. 1980 İst. 178-181
- 15-MAİNGOT, R: Management of the wound. Abdominal dperations 6. baskı. Appleton-Centur-Crofts. Newyork 1974.
- 16- NOBBLE,T.B: Paralytic ileus from peritonitis,after appendicitis, Am. J.Surg; 84:419, 1952
- 17- OD AR,İ.V: Anatomi ders kitabı 11. cilt. İç organlar. 5. baskı,Ankara 1968, 502, 120-140
- 18- OTTENİ,F; HOLLENDER,L.F: Les eviscerationes, Etude Clinique et therapeutique Acta Chir. Belg 2: 83-95. 1972
- 19- PEROVİÇ, S: Çocuklarda perfore apandisit vakalarında Trasylol ile yapışıklık oluşumunun önlenmesi. Bifa skop dergisi 2. sayı 1984
- 20- PİCHIMAYR,RÖ. Postoperative komplikationen, prophylaxe und Therapie springer. Verlog. Berlin- Heidelberg-Newyork 1976
- 21- PUSANE, A; GÖKSOY,E; GEÇİCİOĞLU,A; PEREK,S; ERSEK,O: Erken postoperatif intestinal obstrüksiyonlarda relaparatomı. XXVI cerrahi kongresi. 3-7 kasım 1980 Ankara.
- 22- PUSANE, A; GÖKSOY,E; GEÇİCİOĞLU,A; PEREK,S: Sindirim sistemi cerrahisinde erken dönem relaparatomileri.(133 olgunun nedenleri, kriterleri ve tedavi sonuçları.) 111. Türk gastroenteroloji kongresi. İzmir 24-27 Eylül 1979
- 23- PUSANE, A: Sindirim sistemi cerrahisinde erken dönem relaparatomileri. İstanbul 1980.
- 24- PUSANE,A; GÖKSOY,E; GEÇİCİOĞLU,A: Relaparatomı endikasyonu olarak postoperatif evisserrasyonlar. Cerrahpaşa Tıp Fak. dergisi. 11:123 , 1980
- 25- PUSANE,A; GÖKSOY, E; GEÇİCİOĞLU,A; PEREK,S; ÖNEŞ,S: Duodenal ülser kanamalarında cerrahi girişim seçimi. İstanbul Tıp Fak. mecmuası 43. 535, 1980
- 26- Postkolesistektomi sendromu ve şirürjikal tedavi sonuçları: A.Ü. Tıp Fak. Sayı 209, ankara 1969

- 27- ROBIN, B: Pathalogie de l'artere hepaticque, idem. 93:597
633, 1967
- 28- PENNICKS, J.M; POELMANS, S.V; KERREMANS, R.P; BECKERS, J.P: Ab-
dominal wovund dehiscense in gastroenterological surgery
ann. Surg: 189. 345, 1979
- 29- SCHUMANN, H.D; NITSCHKE, L. Wunddehissenz nach laparatomien
zentibl chir. 89: 625-631, 1964
- 30- SCHRIEFERS, K.H; GÖK, Y: Die relaparatomy bei nachblutungen
Chirurg 45: 202, 1974
- 31- SINGLETON, A.O; BLOCHER, T. G: The Problem of disruption of
abdominal wonds and postoperative hernia. S.O.G. 112-122
127, 1961
- 32- STAMMERS, F.A.R: Small bowel obsrüksiyon folloving, anteko-
lik partial gastrektomy. Br.J.Surg. 40:58, 1952
- 33- WHITE, T.T; HARRISON, R.C: Reoperative gastrointestinal sur-
gery Little Brown and co, Boston 1973.