

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Bülent ALIÇ

TİFO PERFORASYONLARI

(267 Vakanın retrospektif incelenmesi)

(UZMANLIK TEZİ)



Dr. İbrahim Sani KIRAZ

37023

T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANE	
Demirbaş	0037023
Tasnif No	616.9272
	KIR
	1987

DIYARBAKIR — 1987

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>SAYFA</u>
GİRİŞ	2
GENEL BİLGİLER	3
MATERYAL - METOD	7
BULGULAR	8
TARTIŞMA	35
SONUÇLAR	64
ÖZET	66
SUMMARY	67
KAYNAKLAR	68

GİRİŞ

Tifo aslında cerrahi bir hastalık değildir. Fakat meydana getirdiği önemli mortalite nedeni olan perforasyon cerrahi kliniklerini ilgilendirmektedir.

Tifo perforasyonunun tedavisi cerrahi kliniklerinde halen tartışılmaktadır.

Biz kliniğimize başvuran vakaları retrospektif inceleyerek yaş, cins, klinik belirti ve bulgular, perforasyondan operasyona kadar geçen zaman ve hastalığın gidişine etkisini, erken tanı ve bilinçli bir cerrahi girişimi, postoperatif devrede bakım, morbidite ve mortaliteyi araştırdık. Kliniğimizde uygulamalara esas teşkil edecek sonuçlar elde etmeye çalıştık.

GENEL BİLGİLER

Tifo, karahumma, typhus abdominalis, typhoid fever, enterik fever, bauchtyphus, enterieibstýphus, fièvre typhoid gibi isimlerde verilen bir enfeksiyon hastalığıdır.

Salmonella typhosa veya *Eberthella typhosa* (Ebert basili) adı verilen Gram (-) basıl tarafından oluşturulur.

PATOGENEZ ve PATOLOJİ:

Tifo basili insanlara ağız yolundan girer, barsak kanalında safranin yardımıyla kolaylıkla ürür, ileumun son 1 metrelik kısmından duvara girer. Tifo lenf sistemi enfeksiyonudur. Patolojik değişimlerini Peyer plaklarında veya soliter lenf nodüllerinde yapar. Tifo basili bundan başka boğazın lenfoid dokusunda veya farenks mukozasında da inoküle olabilir (3,20). Peyer plakları üst gastrointestinal kanalda yoktur. Jejunumdan terminal ileuma doğru gidildikçe artar, çekum ve kolonda ender bulunur (24).

Tifo basilleri ince barsak duvarına penetre olduktan sonra çabukça lenfatik damarlara geçer. Basiller ince barsak folliküllerinde ve mesenter lenf bezlerindeki plazma hücreleri içinde çoğalmaktadır. Bunun sonucunda plazma hücrelerini tahrip eder, serbest hale geçerek lenf yolları

ile organizmaya yayılır. Diğer lenf bezlerinde metastatik üreme ve nekroz odakları oluşturur. Tifo basilinin primer bir hücre içi üreme geçirmeden bakteriyemi ve genel bir en-
feksiyon yapmasına olanak yoktur. Kanın bakterisit etkisi buna olanak tanımaz. Tifo'da ilk yayılım genelde lenf bezleri vermez. Çünkü bakteri reaksiyon yapacak kadar çok sayıda değildir. Ancak sekonder fokuslarında (diğer lenf bezleri, dalak, kemik iliği, safra kesesi ve karaciğer) ikinci üremesini tamamlayıp kana dökülünce pirojen ve toksik karakteri ile hastalık belirir. Bu süre 10 - 14 gündür (inkubasyon süresi) (3,4,12,20).

Tifo'nun başlangıcında Peyer plakları incelenirse biraz şişmiş ve mukozaya belirmiştir. İlk günlerde nekroz ve lenfoid hiperplazi yoktur. Yalnız genel bir konjesyonla birlikte lenf follikülleri ve sinüsler büyük mononükleer makrofajlarla dolmuştur. Bunlar histiosit tipindedir ve "Tifo hücresi" adını alırlar. İnvazyon sırasında follikül şişmesi artar, yapısı bozulmaya başlar. Tifo hücreleri çoğaldıkça lenfositler azalır, lenfopoez sisteminde oluşan nekrotik odaklar nedeniyle lökopeni olur. Peyer plağının rengi solar, içindeki damarların intimasında büyük makrofaj ve fibrin toplanması trombüsler ile sonuçlanır. Follikül bundan sonra nekroz dönemine girer. Peyer plaklarındaki arteriol tıkanması nedeniyle ikinci hafta sonunda nekroz başlar. Nekroz bazen lenfoid dokunun yanındaki mukozayı, muskularis tabakasını da kap-

kapsayacak oranda geniş olabilir. Hafif ve abortif tifo hastalarında Peyer plaklarında makroskopik nekroz olmadan, tifo nodüllerinin rezorbsiyonu ile lezyonlar şifaya doğru gidebilir. Fakat çok kez üçüncü haftada damarları tıkanan lenf dokusu, Peyer plakları ve soliter lenf folliküllerinin üzerini kaplayan mukoza da beslenemez ve düşer. Bersakta ülserler oluşur. Ülserler oval görünümde, mukozanın üst tabakalarındadır. Bazan derinleşerek muskularis tabakasına varır ve serozaya kadar iner. Onu da delerek peritonit ile sonuçlanır (3,12,20).

Diğer organlarda da ileri oranda patolojik değişme vardır. Dalak büyür, yumuşak ve hiperemiktir. İçinde bol miktarda makrofajlar ve nekrotik nodüller bulunur. Karaciğer büyümüştür, bulanık şişme ve yağlı dejenerasyon vardır. Safra kesesinde fokal lezyonlar ve yaygın kolesistit bulunabilir. Böbreklerde de bulanık şişme ve yer yer nekrozlar vardır. Tifonun ilk haftasında hastalarda bronşit bulunabilir, bronko-pnömoni çocuklarda erken, erişkinlerde 3. - 4. haftada görülebilir. Bazan lobar pnömoni (tifo basilinden ileri gelen) olabilir. Akciğerde en çok rastlanan patolojik bulgu hipostatik konjesyondur. (3,20). Miyokardit olabilir, miyokard donuktur, parankim yağlı dejeneresansa uğramıştır. Venalarda flebit ve trombüsler bulunabilir, öldürücü akciğer embolilerine neden olabilir. Uzun kemiklerde yerleşmesiyle osteomyelit olabilir. Eklemlerde septik artrit oluşabilir.

Kemik iliğinde de lenf bezlerinde görülen değişimler vardır. Kemik iliğinin ileri oranda bozulmasıyla hemorajik diatez gelişir. (3,20).

KOMPLİKASYONLAR:

Çok çeşitlidir. En önemlileri; barsak delinmesi, barsak kanaması, akciğer komplikasyonları, tromboflebit, miyokardit ve menenjit'tir (3,4,12,20).

Barsakta perforasyon olunca ince barsak muhtevasının ve tifo bakterilerinin peritonea yayılmasıyla peritonit gelişir. Ani ve şiddetli karın ağrısı, bulantı ve kusma, karın adalelerinde rijidite, paralitik ileus bulguları ortaya çıkar. Daha sonra sepsisemi ve toksemi gelişir veya varolan sepsisemi ve toksemi şiddetlenir. Nadir bir lökositoz olabilir. Hazırlıksız direkt karın grafiplerinde pnömoperitoneum görülebilir. Akut karın yapan hastalıklarla karışır. (1,2,3,4,6,7,8,12,13,15,16,17,18,20,24,26,27,28,29).

MATERIAL - METOD

Bu araştırma Mart 1970, Aralık 1986 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi Genel Cerrahi kliniğinde ameliyat edilmiş 267 tiro perforasyonlu hastanın retrospektif incelenmesidir.

Araştırmada; yaş, cins, yıl içerisinde dağılım, perforasyon - operasyon intervali ve mortalite, morbiditeye etkisi, hastalarda klinik belirti ve bulgular, laboratuvar muayeneleri, tanı ve ayırıcı tanı, laparatomide perforasyonun yeri ve sayısı gibi bulgular, seçilen ameliyat tipleri, genel morbidite ve mortalite, morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörler, cerrahi tedaviye ek yapılan müdahaleler ve tedaviler incelendi, literatür verileriyle karşılaştırıldı.

BULGULAR

Kliniğimizde Mart 1970, Aralık 1986 tarihleri arasında 267 hasta tifo perforasyonu nedeniyle cerrahi olarak tedavi edildi.

Vakalarımızın 75'i (%28,09) kadın, 192'si (%71,91) erkektir. Erkek / kadın oranı 2,5/1'dir. (Tablo -1).

En genç hasta 3 yaşında erkek, en yaşlı hasta 76 yaşında erkektir. Kadınlarda yaş ortalaması 23,5 yıl, erkeklerde 27,9 yıldır. Tüm hastalarımızın yaş ortalaması 26,7 yıldır. (Tablo -2).

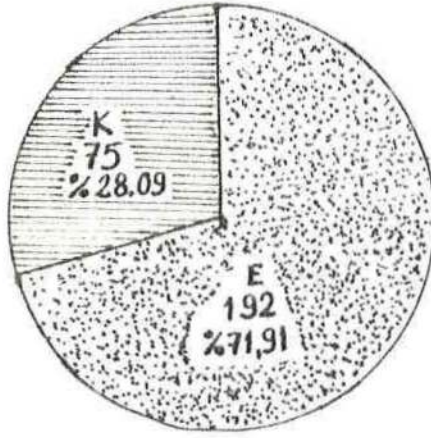
Hastalarımızın 73,4'ü 10-39 yaşlar arasındadır. 10-19 yaş grubunda 83 (%31,1) hasta; 20-29 yaş grubunda 71 (%26,6) hasta, 30-39 yaş grubunda 42 (%15,7) hasta vardır. (Tablo -3).

Vakalarımızın yıllara göre dağılımı incelendiğinde 1978 - 1981 arasındaki 4 yıllık dönemde diğer yıllara oranla artış mevcuttur. (Tablo -4).

Vakalar kliniğimize en sık Ekim ayı içerisinde, en seyrek olarak Nisan ayında müracaat etmiştir. (Tablo -5).

Hastanın şikayetlerinin başlaması ile kliniğimize müracaatı arasındaki süre en az 2 saat, en fazla 60 gündür.

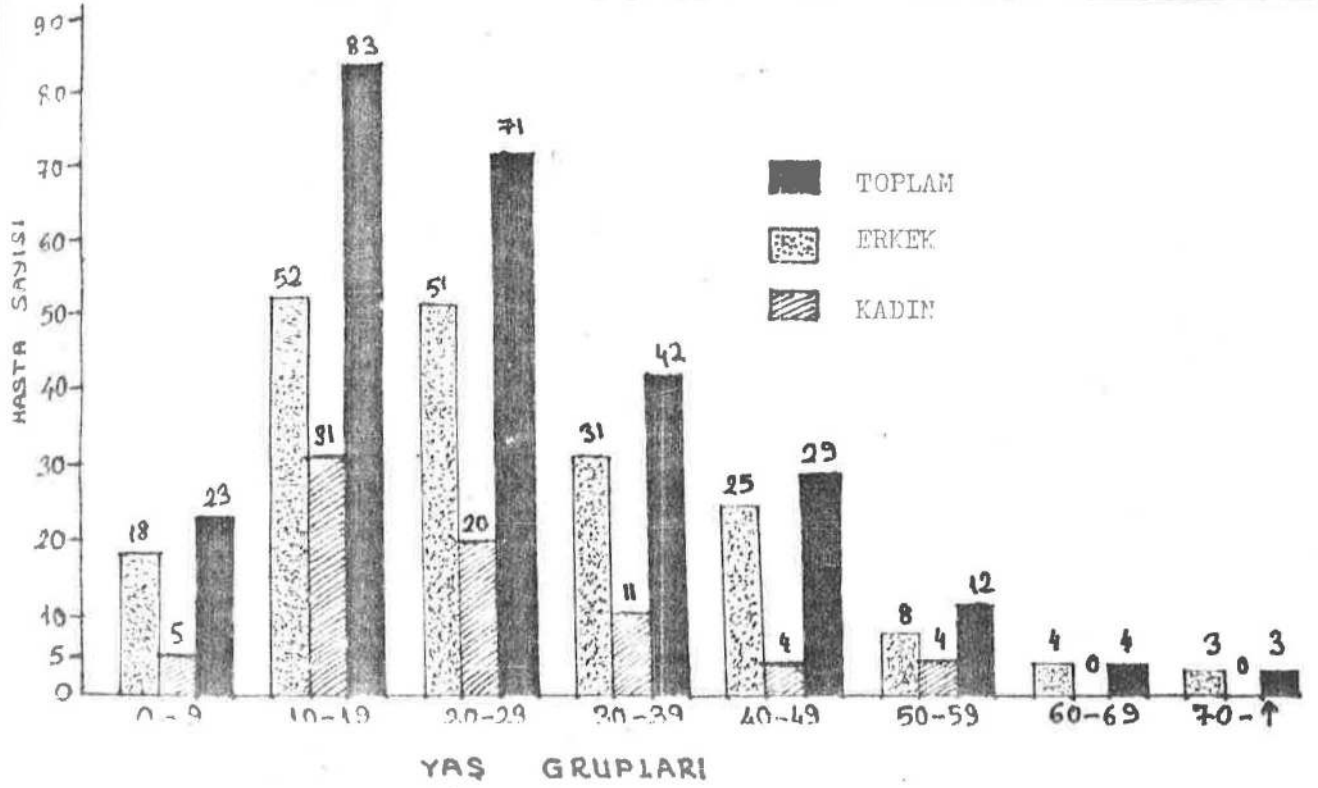
Tahmini perforasyon ve prodrom belirtileri aynı zamanda başlayan hastalar birlikte alındığında hastahaneye müracaata kadar geçen süre; ortalama 14,44 gün olup prodrom belirtilerin başlamasıyla tahmini perforasyon zamanı



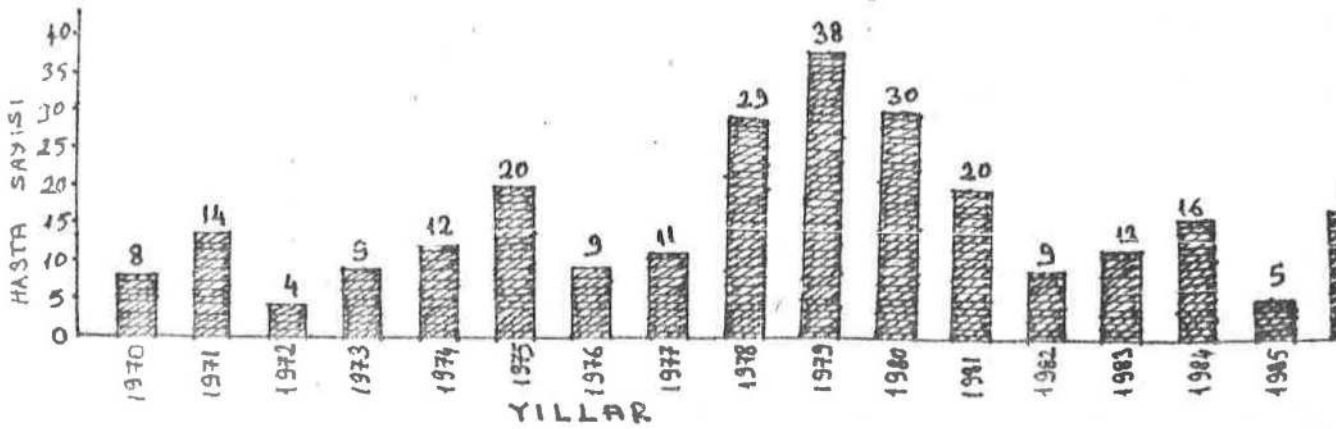
(Tablo - 1). Vakalarımızın erkek - kadın dağılımı.

CİNS	ER KÜÇÜK YAŞ	ER BÜYÜK YAŞ	ORTAĞAMA YAŞ
KADIN	6	57	23,5
ERKEK	3	76	27,9
			26,7

(Tablo - 2).



TABLO- 3. Vakalarımızın yaş gruplarına göre dağılımı.



TABLO - 4. Vakalarımızın yıllara göre dağılımı

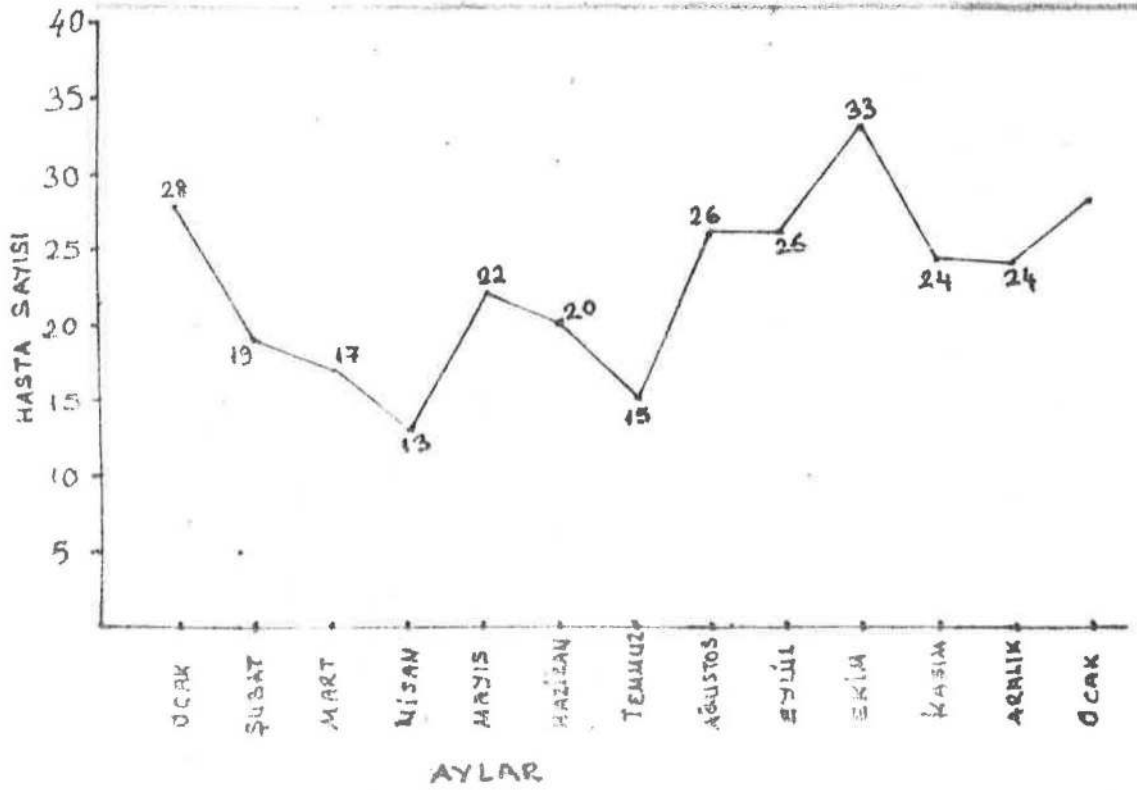
arasındaki süre 11,08 gündür.

Tahmini perforasyon zamanı, prodrom belirtilerle aynı gün başlayan ile prodrom belirtilerin başlamasından sonraki 5 gün içerisinde perforasyon olduğu düşünülen hastalar hariç tutulduğunda başvuru süresi 18,38 gün, belirtilerin başlaması ile tahmini perforasyon zamanı arasındaki süre 14,3 gündür.

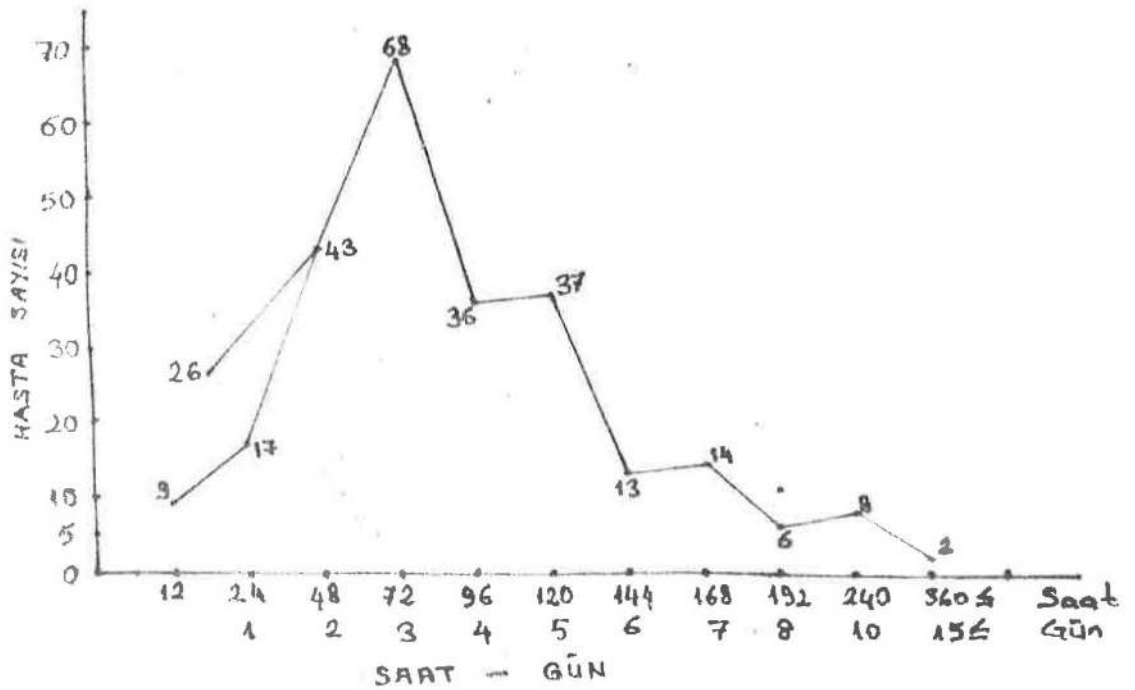
Tahmini perforasyon zamanı ile prodrom belirtiler 48 (14,23) hastada aynı zamandadır. 30 (11,23) hastada tahmini perforasyon zamanı prodrom belirtilerin başlamasından 1 - 5 gün sonradır.

Tahmini perforasyon zamanı; karında ani şiddetli ağrı, bulantı ve kusmanın başlaması veya artması, karında hassasiyet, karın adalelerinde rijiditenin başlaması ve laparatomide gözlenen peritonitin durumu göz önüne alınarak tesbit edilmiştir. Bu şekilde 255 hastada değerlendirme yapılabilmektedir. Kalan 14 hastada laparatomide gecikmiş bir peritonit tesbit edilmiş fakat yeterli bir anamnez alınamamış ve bu nedenle perforasyon zamanı hakkında bir tahminde bulunulamamıştır.

Tahmini perforasyon zamanından kliniğimize müracaata kadar geçen süre ortalama 81,3 saat (3,39 gün) tir. Bu süre en erken 2 saat, en geç 3 haftadır. Hastalar en sık 48-72 saatlar arası müracaat etmiştir (68 hasta, 25,47). (Tablo -6).



TABLO - 5. Vakalarımızın aylara göre dağılımı



TABLO - 6. Tahmini perforasyondan kliniğimize başvurana kadar geçen süre.

Hastalarımızın 44'ü (%16,48) kliniğe yatmadan önce tifo tedavisi görmüştür, bu hastaların 12'si Dahiliye ve İntaniye kliniklerinde yatırılarak tedaviye alınmış ve bu kliniklerden akut karın gelişmesi üzerine kliniğimize sevk edilmişlerdir. Ayrıca 68 (%25,47) hasta kliniğimize müracaatından önce tanımlayamadığı bir hastalık tanısı ile tedavi gördüklerini belirtmişlerdir. Toplam tedavi görmüş hasta sayısı 112'dir. (%41,95).

Vakalarımızda başta gelen şikayetler; Ağrı 262 (%98,13) hastada, bulantı - kusma 188 (%70,3) hastada, ateş 176 (%65,9) hastada, gaz-gaita çıkaramama 124 (%46,44) hastada, karında şişkinlik 108 (%40,45) hastada vardı. (Tablo -7)

Vakalarımızın fizik muayene bulguları; Karında hassasiyet 262 (%98,51) hastada, defans 210 (%78,65) hastada, yüksek ateş 194 (%72,66) hastada, Blumberg belirtisi 182 (%68,16) hastada, distansiyon 113 (%42,32) hastada tespit edilmiştir. Tuşe rektal yapılan 154 hastanın 124'ünde (%80,5) Douglas hassasiyeti tesbit edilmiştir. Ayrıca 26 hastaya ayırıcı tanı amacıyla yapılan parasentezde 21 (%80,76) hastada peritonit mayii aspire edilmiştir. (Tablo -8).

Vakaların 13'ünde (%4,87) tansiyon arteriel ve radial nabız alınamadı. (Şok hali nedeniyle), 25 (%9,3) hastada radial nabız filiform bulunmuş, 36 (%13,1) hastada tansiyon arteriel 70 mmHg'nin altında alınmıştır.

<u>ŞİKAYET</u>	<u>HASTA SAYISI</u>	<u>ORAN(%)</u>
Karın ağrısı	262	98,13
Bulantı-kusma	188	70,3
Ateş	176	65,9
Gaz-gaita çıkaramama	124	46,44
Karında şişkinlik	108	40,45
İştahsızlık	73	27,34
Diare	66	24,72
- Hastalığın başlangıcında	61	22,85
- Kanlı diare	21	7,86
- Devam eden	5	1,87
Terleme - titreme	37	13,86
- Devam eden	7	2,62
Baş ağrısı	28	10,45
Diğer muhtelif şikayetler	26	9,73

(Tablo - 7). Vakalarımızın kliniğe müracaatlarındaki şikayetleri.

BULGU	HASTA	
	SAYISI	ORAN(%)
Karında hassasiyet	263	98,5
Defans	210	78,65
Yüksek ateş	194	72,66
Blumberg belirtisi (+)	182	68,16
Distansiyon	113	42,32
Akciğer sorunu	84	31,46
Parasentezde peritonit mayii (26 hastada)	21	80,76
Tuğse rektalde douglas hassasiyeti (154 hastada)	124	80,5
Genel durumda bozukluk	78	29,21
Dilde pas ve dil kuruluğu	75	28,1
Turgor - tonusta azalma	74	27,72
Ajitasyon	67	25,1
Klepotaj	44	16,48
Septik - toksik şok hali	38	14,23
Derin anemi (Hemoglobin %60'dan düşük)	22	8,24
İdrar retansiyonu	18	6,74
Kaşeksi	14	5,24
Menenjizm	9	3,37
Diğer bulgular	31	11,61
Barsak sesleri; %49,1 vakada alınamamış, %30,7 vakada azalmış ve %20,2 vakada normal bulunmuştur.		

(Tablo - 8). Vakalarımızda fizik muayene bulguları.

Laboratuvar mneyenelerinde;

Lökosit en az 2400, en fazla 16900 adet/mm³ bulunmuştur. Lökosit değerleri;

5000 adet/mm ³ altında	18,33 hastada
5000 - 10000 arası	%60 hastada
10000 adet/mm ³ üzerinde	%21,66 hastada

tesbit edilmiştir.

Hemoglobin en az %49, en fazla %96 bulunmuş olup ortalama hemoglobin %69'dur. Kritik düzeyde hemoglobin (%60 altında) hastalarımızın %8,24'ünde vardı.

Widal testi yapılan 84 hastanın 65'inde (%77,4) sonuç (+) bulunmuştur. Widal testi, sadece 6 hastada operasyon öncesi yapılmış, diğerleri operasyondan sonraki 0-2 günler arasında yapılabilmektedir.

Kan ve idrar kültürü hiçbir hastada yaptırılmamış, bir hastada yaptırılan safra ve gaita kültüründe salmonella üretilmiştir.

235 hastamıza operasyon öncesi hazırlıksız ayakta direkt batin grafisi çektilirilmıştır. Grafilerde 170 (%72,34) hastada diafragma altında serbest hava, toplam 220 (%93,62) hastada patolojik bulgu saptanmıştır. (Tablo-9, Resim-1,2, 3,4,5).

Operasyon öncesi doğru tanı oranı %51,51'dir (157 vaka). Diğer tanıları Tablo -10'da gösterildi.

RESİM - 1.

Heriki tarafta diafragma
altında serbest hava
gör÷lmektedir.

RESİM -2.

Peritoneal kavitedeki
serbest hava o kadar
fazladır ki karaciğer,
dalak ve mide fundusu
aşağı itilmiştir.

RESİM - 3.

Diafragma altında serbest hava ile birlikte çok sayıda hidro-aerik seviye görülmektedir.

RESİM - 4.

Şağda diafragma altında serbest hava görülmektedir.

RESİM - 5. Diafragma altında serbest hava görülmemesinde fakat çok sayıda hidro-aerik seviyeler dikkati çekmektedir.

BULGU

HASTA

SAYISI

ORAN (%)

Diafragma altında serbest hava	121	51,49
Hidro - aerik seviye	50	21,28
Diafragma altında serbest hava		
Hidro-aerik seviye	49	20,85
Normal bulgu	15	6,38
Toplam patolojik bulgu	220	93,68
Toplam diafragma altında serbest hava	170	72,34
Toplam hidro-aerik seviye	99	42,13

(Tablo - 9). 235 hastamızda çektişilen hazırlıksız ayak-
ta direkt karın grafisi sonuçları

ÖN TANII

HASTA

SAYISI

ORAN (%)

Tifo perforasyonu	137	51,31
Akut karın-genel peritonit	60	22,47
Organ perforasyonu	24	9
Perfore apandisit	15	6,75
Barsak obstrüksiyonu	16	6
Ulcus duodeni perforasyonu	9	3,37
Pelvipерitonitis	3	1,13

(Tablo - 10). Vakalarımızda ameliyat öncesi tanıları.

Ameliyat;

Laparatomilerde en sık median kesi kullanıldı (Tablo -11).

Hastalarımızın 225'inde (84,27) tek perforasyon mevcuttu. 4 hastamızda karın içerisinde aşırı yapışıklıklar nedeniyle eksplorasyon yapılamadığından perforasyonun yer ve sayısı belirlenemedi (Tablo -12).

Vakalarımızda barsaktaki perforasyon 158 (55,17) vakada ileumun son 20 cm.'de, 243 (91) vakada ise ileumun son 50 cm.'de tesbit edildi. (Tablo -13).

Perforasyonun çapı 1 mm'den 30 mm'ye kadar değişmekle birlikte çoğunluğu 3 - 7 mm kadar bulunmuştur.

Perforasyon kenarından alınan biyopsi 68 hastada patolojik inceleme için gönderilmiş, bunların 5'i barsakta nekroze iltihabi perforasyon, 2'si nonspesifik iltihabi ülser perforasyonu, 61'i tifo ülseri perforasyonu olarak değerlendirilmiş olup tüm biyopsi sonuçları tifo perforasyonu lehine kabul edilmiştir.

Hastalarımıza genel olarak "Debridmanlı veya debridmansız primer stür (basit kapatma) Periton boşluğunun peroperatuar lavajı Geniş peritoneal drenaj" uygulandı. Değişik durum ve endikasyonlarla bazı farklı ameliyatlarda yapılmıştır. (Tablo -14).

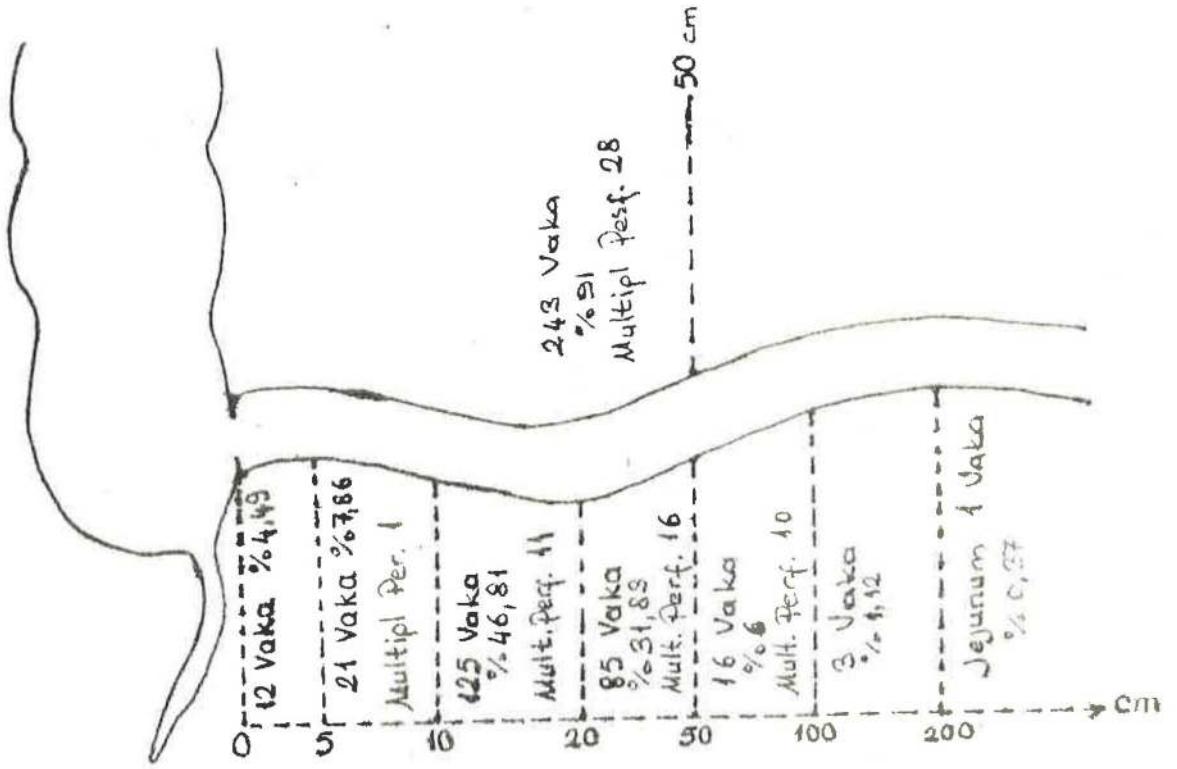
Vakalarımızda en sık görülen morbidite, sepsis - toksemidir. (CS 1984, 205, 27). Daha sonra...

KESİ	HASTA		LOKAL
	SAYISI	ORAN(%)	ANESTEZİ
MEDİAN	217	81,27	10
Göbek üstü-altı	196	73,4	3
Göbek altı	13	4,87	1
Göbek üstü	8	3	1
SAG PARAMEDİAN	20	7,49	2
SAG TRANSREKTAL	8	3	1
SAG PARAREKTOS	19	7,11	2
TRANSVERS	3	1,12	
			15 55,62

(Tablo - 11). Vakalarımızda kullanılan kesiler ve lokal anesteziiler.

BULGU	HASTA	
	SAYISI	ORAN(%)
1 adet perforasyon	225	84,27
Birden fazla perforasyon	38	14,23
2 adet perforasyon	18	6,74
3 adet perforasyon	9	3,37
4 adet perforasyon	2	0,75
5 ve daha fazla perforasyon	9	3,37
Belirlenemeyen	4	1,5
Birlikte multipl Peyer (nekrotik)	17	6,37
Kanayan Peyer	2	0,75

(Tablo - 12). Vakalarımızda perforasyon sayıları ve sıklığı.



(Tablo - 13). Vakalarımızda perforasyonun yeri belirlenebilen 263'ünün perforasyon yerleri.

AMELİYAT	SAYI	Oran (%)
Primer sığır + drenaj	236	89,30
���m rezeksiyonu + uç uca anastomoz + drenaj	16	6
���m rezeksiyonu + ileotransversostomi + drenaj	5	1,87
Sağ hemikolektomi + ���m rezeksiyonu + ileotransversostomi + drenaj	3	1,12
���stomi (eksteriorizasyon tipi) + drenaj	2	0,75
Primer sığır + ileotransversostomi + drenaj	1	0,37
Laparotomi + peritoneal drenaj	4	1,5
T O P L A M	267	100

(Tablo - 14). Vakalarımızda uyguladığımız ameliyat teknikleri.

(%19,47) hastada cilt altı süpürasyonu, 35 (%13,1) hastada evisserasyon - evantrasyon, 31 (%11,61) hastada fistül ilk sıraları almaktadır. Toplam morbiditemiz %55,43'dür (148 hasta). (Tablo -15).

Vakalarımızda total mortalitemiz %73,46'dır (76 vaka). Ölen hastaların 23'ü kadın, 53'ü erkektir. Mortalite, erkeklerde %27,6, kadınlarda %30,7 olup heriki cinsin karşılaştırılmasında istatistikî açıdan önemli fark yoktur. En sık mortalite nedeni septik - toksik şok olup mortalitenin %68,42'sini, tüm hastaların %19,48'ini (52 hasta) oluşturmaktadır. (Tablo -16).

Hastalarımızın klinikte yatma süreleri en az 1 gün, en çok 90 gün olup klinikte yatma süresi ortalama 17,65 gündür.

Vakalarımızın 56'sına operasyon sırasında peritonu yıkamanın haricinde postoperatif 3 - 4 gün müddetle antibiyotikli serum fizyolojik ile devamlı irrigasyon yapılmıştır. Antibiyotik olarak 22 hastada kanamycin, 34 hastada chloramphenicol kullanıldı. Bu hastalarda sepsisemi ve tokseminin belirgin olarak azaldığı, buna bağlı olarak mortalitenin de düştüğü görülmüştür. (Tablo -17).

Vakalarımızda yaş ve mortalite arasındaki ilişki incelendiğinde ileri yaşlarda mortalite biraz artmakla birlikte fark belirgin değildir. (Tablo -18).

Vakalarımızda mortalite son yıllara gelindikçe azal-

MORBİDİTE	HASTA SAYI	ORAN
septisemi - toksemi	68	25,47
Cilt altı süpürasyonu	52	19,47
Evantrasyon - evisserasyon	35	13,1
Fistül	31	11,61
Atelektazi - pnömoni	14	5,24
Tromboflebit	5	1,87
Böbrek yetmezliği	5	1,87
Dekübitüs yarası	4	1,5
Ampiyem	4	1,5
Akciğer ödemi	3	1,12
Gastrointestinal sistem kanaması	3	1,12
Diğerleri (Karın içi absesi, Karaciğer yetmezliği, Viral hepatit, Erken brik ileus, Orisit, Ağır elektrolit bozukluğu, Hepato - renal sendrom, Geç kan reaksiyonu, Ağır hipoprote-inemi, Abortus, Miyokard infarktüsü)	17	6,37
T O T A L	145	100

(Tablo - 15). Vakalarımızda morbidite.

MORTALİTE NEDENİ	HASTA SAYISI	Oran (%)	
		Oran (%)	Oran (%)
Septik - toksik şok	52	68,42	19,48
Akciğer sorunu	8	10,53	3
Akut böbrek yetmezliği	5	6,58	1,37
Ameliyat esnasında ölen veya			
P.O. Erken dönemde arrest	5	6,58	1,37
Ağır elektrolit bozukluğu	2	2,63	0,75
Ağır hipoproteinemî	1	1,31	0,37
Akut karaciğer yetmezliği	1	1,31	0,37
Hepatorenal sendrom	1	1,31	0,37
Miyokard infarktüsü	1	1,31	0,37
T O P L A M	76	100	38,46

(Tablo - 16). Vakalarımızda mortalite.

MORBİDİTE	KANAMİCİN		CHLORAMPHENİCOL		DİĞERLERİ	
	22 Hasta		34 Hasta		211 Hasta	
	SAYI	ORAN(%)	SAYI	ORAN(%)	SAYI	ORAN(%)
Cilt altı süpürasyonu	5	22,72	7	20,58	40	19
Fistül	2	9,1	3	8,82	26	12,32
Septisemi - toksemi	3	13,63	3	8,82	62	29,38
Atelektazi - pnömoni	1	4,55	2	5,88	11	5,21
Evantrasyon - evisserasyon	2	9,1	3	8,82	30	14,21
Böbrek yetmezliği	1	4,55	0	0	4	1,9
Hepatorenal sendrom	0	0	1	2,94	0	0
MORTALİTE	4	18,18	5	17,64	67	31,75

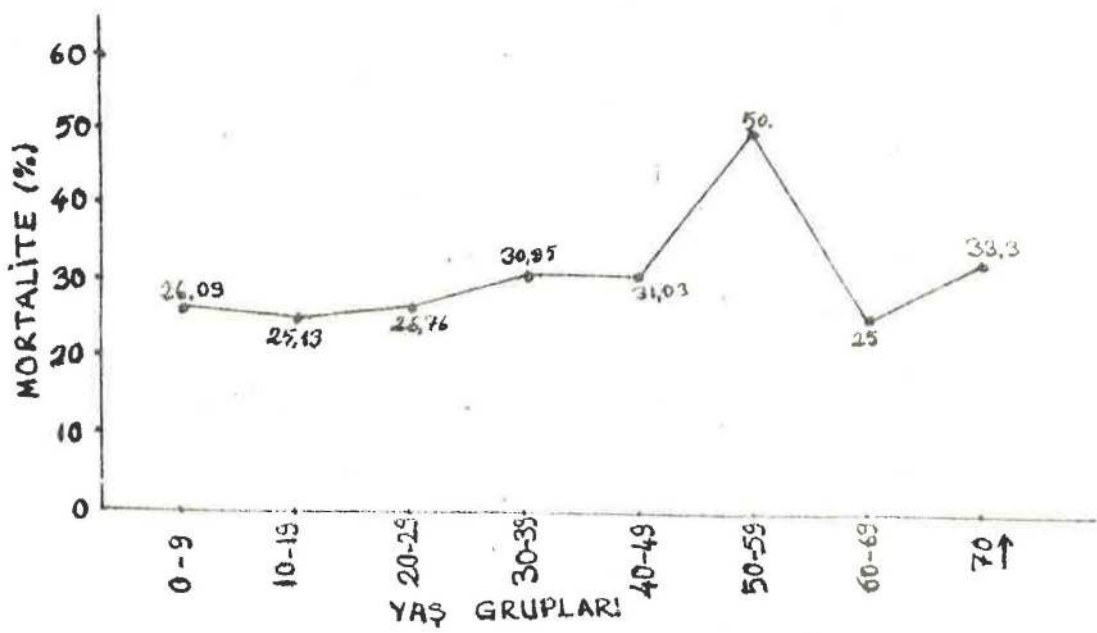
(Tablo - 17). Yüksek risk peritonitli hastalarda serum fizyolojik içine Kanamisin veya chloramphenicol konarak uygulanan devamlı peritoneal irrigasyon sonuçları ve irrigasyon yapılmayan vakalarla karşılaştırılması.

maktadır. 1970 - 1974 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde kliniğimize müracaat eden 50 hastanın 25'i (%50), 1975 - 1979 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde gelen 107 hastanın 41'i (%38,32), 1980 - 1986 yılları arasındaki 7 yıllık dönemde gelen 110 hastanın 10'u (%9,1) ölmüştür.

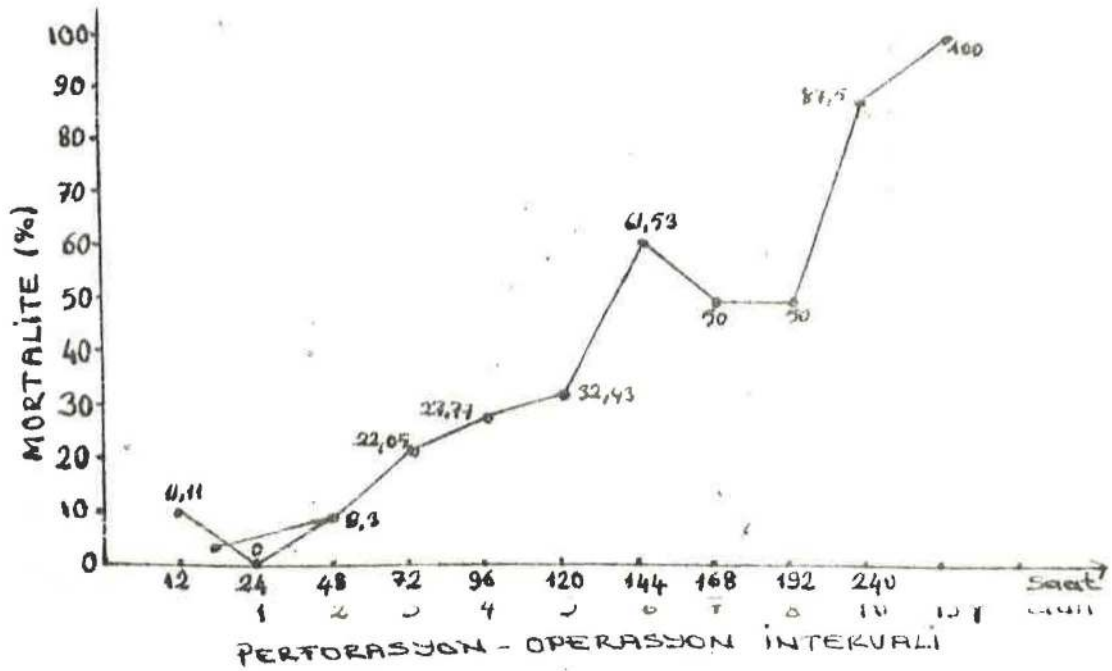
Perforasyondan sonra kliniğe müracaata veya operasyona alınana kadar geçen sürenin uzaması mortalite ve morbiditeyi önemli ölçüde arttırmaktadır. (Tablo - 19).

Vakalarımızda uyguladığımız ameliyat tekniğe çeşitleri, morbidite ve mortaliteleri karşılaştırabilmek için yeterli sayıda değildir. Yapılan tekniklere göre mortalite ve morbiditeler Tablo -20,21,22'de özetlenmiştir.

Perforasyon sayısı morbiditeye önemli ölçüde etkili değildir. Ancak istatistikî olarak önemli olmamakla birlikte mortaliteyi etkilediği gözlenmiştir. (Tablo - 23).



(Tablo - 18). Vakalarımızda mortalite ve yaş grupları ilişkisi



(Tablo - 19). Vakalarımızda perforasyondan operasyona kadar geçen sürenin mortalite ile ilişkisi.

AMELİYAT TEKNİĞİ

HASTA SAYISI	HASTA SAYISI	MORBİDİTE		MORTALİTE	
		SAYI	ORAN(%)	SAYI	ORAN(%)
Primer sütür + Drenaj ileum rezeksiyonu + Uç uca anastomoz + Drenaj ileum rezeksiyonu + ileotransversostomi + Drenaj Sağ hemikolektomi+ileum rezeksiyonu + ileotransversostomi + Drenaj ileostomi - Drenaj Primer sütür+ileotransversostomi+DR. Laparotomi + Drenaj	136 16 3 3 2 1 4	128 9 3 2 1 1 4	54,23 56,25 60 66,67 50 100 100	71 2 0 2 0 0 1	50,03 12,5 0 66,67 0 0 25

(Tablo - 30). Ameliyat tekniklerinin total morbidite ve total mortalite

üzerine olan etkilerinin analizi.

YAPILAN TEKNİK	SEPTİK -- TOKSİK ŞOK	ANCLİYATTA VEYA ERK.	ANCIYAT SOPUJU	BÖBERK YETMEZLİĞİ	DİĞER NEDENLER	TOPLAM
PRİMER	16	2	4	2	3	27
DEBRİDMANLI	107	1,87	1,74	1,87	12,7	125,2
SÜTÜR	32	3	3	2	3	43
DEBRİDMANSIZ	129	12,32	12,32	11,55	12,32	133,3
İLEJİN İZEMİYONU +	1		1			2
UÇ UC ANASTOMOZ	16		1,25			12,5
İLEJİN İZEMİYONU +						0
İLEJİN İNVERSİYONLU	5					0
SAĞ HE. İKOLEYONLU + İLEJİN	1			1		2
RET.4 İLEJİN İNVERSİYONLU	3			13,3		16,3
İLEJİN İNVERSİYONLU	1					1
(İLEJİN İNVERSİYONLU TİPİ)	2					1
İLEJİN İNVERSİYONLU	4					1
İLEJİN İNVERSİYONLU	1					0
İLEJİN İNVERSİYONLU	1					0

(Tablo - 12). Seccelen tedaviler ve cerrahide nedenleri.

<u>YAZAR</u>	<u>TOTAL MORBİDİTE (%)</u>
Badejo ve ark.	60
Eggleston ve ark.	81
Lizzaralde	59
Keenan ve ark.	56,5
Vyas ve ark.	50
Vargas ve ark.	66
Bizim serimiz	55,43

(Tablo - 24). Bazı yazarlara göre total morbiditeler.

<u>PERFORASYON SAYISI</u>	<u>MORBİDİTE</u>		<u>MORTALİTE</u>	
	<u>SAYI</u>	<u>ORAN(%)</u>	<u>SAYI</u>	<u>ORAN(%)</u>
1 perforasyon	127	56,54	62	27,55
2 perforasyon	9	50	6	33,3
3 perforasyon	6	66,6	3	33,3
4 perforasyon	1	50	1	50
5 ve daha fazla perforas.	5	55,5	4	44,4

(Tablo - 26). Perforasyon sayısı ve mortalite,
morbidite ilişkisi.

TARTIŞMA

Tifo, dünyada yaygın bulunan, prodromlu, birçok hastalıkla karışabilen, önemli komplikasyonlara ve ölüme neden olan bir enfeksiyondur. Chloramphenicol kullanılması ölüm oranını azaltmıştır ancak perforasyon insidansını azaltamamıştır.(4,8,12,17,20).

Tifonun komplikasyonları içerisinde perforasyon; sonuçları bakımından en önemlisidir. Tifoda perforasyon insidansı için yazarlar %0,5 ile %78,57 arasında rakamlar bildirmişlerdir. Genel olarak perforasyon insidansı 5 / 20 olarak kabul edilmektedir. Ancak klinik çalışmalarda insidans geniş olarak incelenememiş ve tam doğru sonuçlar alınamamıştır. Perforasyonun bakterinin virulansı ve tedavi görme gibi faktörlerle ilişkisi olduğu bildirilmektedir. (4,8,17,27,28).

Tifo bölgemizde sosyo-ekonomik koşulların kötülüğü, alt yapı tesislerinin yetersizliği, yeterli profilaktik önlemlerin alınamaması ve ayrıca doğa koşullarının uygunsuzluğu gibi birçok nedenle endemik olarak ve bazan epidemiler halinde görülmektedir.

Hastalığın birçok hastalıkla karışması, hastalar tarafından şikayetlerin önemsizlenmesi, bölgemizde sosyo-ekonomik nedenlerle hekime gitmeme veya gerekli tedaviyi yapmama, hekim tarafından ayırıcı tanıda yetersiz kalınması ve düzensiz ve gereksiz antibiyotik kullanılması teşhiste güç-

l kler yaratmaktadır. Biz  evre taramalarının yetersizliği nedeniyle perforasyon insidansını saptayamadık.

Kliniğimize müracaat eden hastaların ancak 16,48'i kliniğe yatmadan önce tifo tedavisi g rm st r. Ayrıca hastahaneye başvurmadan önce hangi hastalık tanısıyla tedavi gördüğü bilinmeyen 68 (%25,47) vakamız mevcuttur.

Bu durum, perforasyon öncesi tanıdaki güçlük, hastaların hekime müracaattan kaçınmaları, sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin önemine bir kez daha işaret etmektedir. Tifo tedavisi gören (chloramphenicol ile) hastalarda da perforasyon görülmesi tedavinin perforasyon insidansını azaltmada etkisizliğini göstermektedir. Ayrıca yanısı tanı ile antibakteriel tedavinin kliniği baskıladığı, özellikle bu hastalarda perforasyon, operasyon intervalinin uzamış olduğu serimizde tesbit edilmiştir. Bu hastalarda süre, 4,7 gündür.

Kliniğimizde tifo perforasyonu tanısıyla cerrahi tedavi edilen 267 vakanın 75'i (%28,09) kadın, 192'si (71,91) erkektir. Erkek/kadın oranı 2,5/1'dir.

Yayınlanmış serilerde erkek kadın oranı 1,5/1 ile 6/1 arasında değişmektedir. (Keenan ve ark. 1,6/1, Jin Fok Kim ve ark. 2,4/1, Vyas ve ark. 6/1, Eggleston ve ark. 3,6/1, Badejo ve ark. 1,7/1) (1,2,6,7,12,15,17,27,39).

Yayınlanmış serilerde en kök yaş Keenan tarafından 1 yaş (15), en b  k yaş Welch tarafından 67 yaş olarak bildirilmiştir (28). Yine serilerde hastaların b  k çoğun-

luğunun genç olduğu bildirilmiş olup serilerinde, Jin Pok Kim ve ark. vakalarının %63'ünü 20-39 yaş grubunda, Fudejo ve ark. vakalarının %50,94'ünü 21-30 yaş grubunda, Vyas ve ark. vakalarının %50'sini 21-30 ve %85,71'ini 11-30 yaş grubunda, Eggleston ve ark. vakalarının %63'ünü 10-29 yaş grubunda bulmuşlardır.(6,12,17,27,28).

Nitekim Peyer plaklarının 20-25 yaşa kadar giderek arttığı, 30. yaştan itibaren yeniden azalmaya başladığı bildirilmiştir (24).

Literatür verileriyle bizim sonuçlarımız uygunluk göstermektedir.

Vakalarımız kliniğe en sık Ekim ayı içerisinde (33 vaka, %12,35), en seyrek Nisan ayı içerisinde (13 vaka, %4,9) müracaat etmiştir. Vakalar yılın tüm aylarına yayılmış olarak görülmüştür. Ağustos - Ocak ayları arasındaki 6 ayda 161 (%60,3), Şubat - Temmuz ayları arasındaki 6 ayda 106 (%39,7) hasta başvurmuştur.

Bildirilerde tifonun özellikle yağışlı mevsimlerde görüldüğü, bunun suyla bulaşmanın artmasına bağlı olduğu görüşü hakimdir. (12,15,18,27). Jin Pok Kim ve ark. karşıt olarak %64 vakayı yaz aylarında tesbit etmiştir.(17). Bizim serimizde kurak mevsimde (Yaz sonu - sonbahar) artış saptanmıştır. Bu Jin Pok Kim ve ark. serisiyle uygunluk göstermekte, diğer yayınların çoğuyla çelişmektedir. Bu durum bölgemizde doğa şartları özellikle temizlik ve içme suyu sorunu nedeniyle hijyenik koşulların kötüleşmesi ile açıklanabilir.

Hastalarımız genellikle peritonit bulgularıyla müracaat etmiştir. En sık şikayet karında ağrıdır. İrarasıyla diğer önemli şikayetler; bulantı - kusma, ateş, gaz - gaita çıkaramama, karında şişkinlik gibi şikayetlerdir. (Tablo - 7).

Hastalarımızın fizik muayenelerinde; en önemli bulgu palpasyonla karında hassasiyet (263 vaka, %98,5) ve muskuler defanstır (210 vaka, %78,65). Diğer önemli muayene bulgularımız; 37,5°C'den yüksek ateş (194 vaka, %72,66), Blumberg belirtisi (182 vaka, %68,16), distansiyon (113 vaka, %42,32) ve barsak seslerinin alınamamış olmasıdır (849,1). Ayrıca 154 hastaya yapılan tuşe rektal muayenesinde 124 (%80,5) douglas hassasiyeti tesbit edilmiştir. Ayırıcı tanı amacıyla 26 hastaya parasentez yapılmış ve 21 hastada (%80,76) peritonit mayii aspire edilmiştir. (Tablo - 8).

Vakalarımızın 78'inde (%29,2) genel durumun bozulmuş olduğu ve 38'inde septik-toksik şok hali olduğu görülmüştür.

Hastaların şikayetleri ve muayene bulguları peritonit lehine bulgular olup literatürle uygunluk göstermektedir. (1,2,3,4,6,7,8,12,13,15,16,17,18,20,25,26,27,28)

Widal testi sadece 6 hastamızda operasyon öncesi yapılmış olup sonuçlar (+)'dir. Operasyon öncesi ve sonrası Widal testi yapılan toplam 84 hastanın 65'inde (-)77,4) sonuç (+) bulunmuştur.

Widal testini Khanna ve ark. %58, Keenan ve ark. %48, Vyas ve ark. %66, Lizzaralde %23,8, Chouhan ve ark. %70,1 vakada (+) bulmuşlardır. (8,15,16,18,27).

Bizim serimizde biraz daha yüksek pozitif sonuç alınmıştır.

Jin Pok Kim ve ark. Widal testi yapılana kadar hastalarını operasyona almadan bekletmişler ve tamde kan ve ya dışkı kültüründen daha kullanılışlı olduğunu bildirmişlerdir (17). Jin Pok Kim ve ark. haricinde yazarlar ön tanı amaçlı Widal testi sonucunu beklemeden klinik bulgularla operasyonu tercih etmişlerdir. Perforasyon - operasyon intervalinin uzaması morbidite ve mortalitenin yükselmesinde etken olduğundan Widal testi, kan ve gaita kültürü gibi tetkiklerin yaptırılması için hastaların bekletilmesi sakıncalıdır. Jin Pok Kim ve ark.'da bunu belirtmişlerdir. (17).

Kan kültürü ve idrar kültürü hiçbir hastamızda yapılmamıştır. 1 hastada yapılan safra ve gaita kültürü (+) bulunmuştur.

Kan kültüründe Khanna ve ark. %34, Keenan ve ark. %22,2, Lizzaralde %25, Eggleston ve ark. %13 vakada (+) sonuç almışlardır.(12,15,16,18).

Vakalarımızda Lökosit en az 2400, en fazla 16900 adet/mm³ bulunda ve 5000 - 10000 arası lökosit 60 hastamızda mevcuttu. %18,33 hastada lökosit sayısı 5000'in altında ve %21,66 hastada lökosit 10000'in üzerinde bulunda.

Tesbit ettiğimiz lökosit sayıları göz önüne alındığında, tifo perforasyonunun ayırıcı tanısında önemli olmadığı gözlemlendi. Lökositozlu hasta sayısı lökopenili hasta sayısından daha fazladır. Ancak vakaların çoğunluğunda lökosit sayısı normal sınırlardadır. Literatürde de lökosit sayımı çok değerli bulunmamıştır. (4,15,16,17).

Hemoglobin operasyon öncesi 22 (8,74) hastada kritik düzeyde (960'ın altında) bulunmuş olup vakalarımızda genellikle hafif veya ağır bir anemi gözlemlendi. Hemoglobin seviyesi literatürde de genellikle düşük bulunmuş olup genel olarak hemen tüm serilerde bir aneminin varlığı kabul edilmektedir. (3,4,8,15,16). Bizim serimizde de böyledir.

Vakalarımızın 235'inde operasyon öncesi hazırlıksız direkt karın grafisi çektilmiş, 170 (72,34) hastada diafragma altında serbest hava tesbit edildi. Ayrıca 99 (%42,13) hastada hidro-aerik seviyeler (49'u diafragma altında serbest hava ile beraber) gözlemlendi. 15 (7,38) hastamızda patolojik bulgu saptanmamıştır.

Diafragma altında serbest hava gastrointestinal traktusun bir seviyesinde delinme ile ortaya çıkan bir radyolojik bulgu olup çoğunlukla acil operasyon gerekliliğini ortaya koyan değerli bir belirtidir.

Yayınladığımız vakalarımızda, Thomas 77, Johnson 25, Jin Pok Kim ve ark. 2/3 vakada, Lizzaralde 330, Eggleston ve ark. 80, Badejo ve ark. 6, Vyas ve ark. 2/3, 6 pnömo-peritoneum bulmuşlardır. Bizim serimiz oldukça düşük oran

veren Khanna, Bodejo ve Akinoğlu haricinde literatüre uymaktadır. (1,2,4,6,7,8,12,15,16,17,18,26,27,28,29).

Tifo perforasyonlarında tanı; peritonit bulguları, ağrı, ve ateşin şiddeti ve devamlılığı, hazırlıksız çekilecek karın ve toraks grafileri ve yeterli anamnez alınmasıyla konulabilir. (1,2,4,6,7,8,12,15,16,17,18,26,27,28,29).

Vakalarımızda doğru tanı oranı %51,31'dir (137 vaka). Akut karın - genel peritonit 60 (%22,47) vakada, organ perforasyonu 24 (%9) vakada, perforo apandisit 18(%6,75) vakada, barsak obstrüksiyonu 16 (%6) vakada, ileo kolit perforasyonu 9 (%3,37) vakada ve pelvipertonit 3 (1,12) vakada düşünülmüştür.

Ön tanılarda dikkati çekeceği gibi genellikle bir peritonit olduğu belirlenmiş ve tüm hastalara akut karın tanısı konmuş olmakla birlikte tifo perforasyonu tanısı düşüktür. Bu yeterli anamnez alınamamasına ve bazı hastalarda tifoya ait klinik belirtiler dikkati çekmeden perforasyon olmasına bağlıdır. Vakalarımızın %14,23'ünde (43 hasta) perforasyon tifonun klinik belirtileri fark edilmeden veya ortaya çıkmadan oluşmuş, vakalarımızın %11,23'ünde ise (30 hasta) perforasyon, klinik belirtilerin farkedilmesinden 2 7 5 gün sonra olmuştur. Perforasyonu klinik belirtiler farkedilmeden gelişen hastalar bize, seyir bakımından ambulator tip tifo veya portör vakalar da denen, klinik seyir bakımından belirsiz tifo diye adlandırılan tipteki hastaları ve bunlarda oluşan komplikasyonları hatırlatır.

Prodrom belirtiler oluşmadan veya prodrom belirtilerinin ortaya çıkışından 2 - 5 gün sonra perforasyon olduğu düşünülen vakalar dahil edildiğinde perforasyona kadar süre 11,08 gün, bu hastalar hariç tutulduğunda perforasyona kadar olan hastalığın süresi 14,3 gündür.

Klasikte perforasyonun hastalığın 3. veya 4. haftasında olduğu bilinmekte ise de literatürdeki serilerle bizim bulgularımız uygunluk göstermektedir. (2,3,7,8,12,15,16,17,18,20,27,29).

Tahmini perforasyon zamanı kliniğimizde; karında ani ağrı, bulantı ve kusmanın başlaması veya artması, karında hassasiyet ve karın adalelerinde rijiditenin başlaması ve ve ayrıca laparatomide gözlenen peritonitin durumu gibi faktörler göz önüne alınarak tesbit edilmiş ve 255 hastada değerlendirme yapılabilmektedir. 14 hastada tahminde bulunulamamıştır.

Tahmini perforasyon zamanından kliniğimize müracaata kadar geçen süre ortalama 81,3 saattir (3,39 gün). Bu süre en erken 2 saat, en geç 3 haftadır. Hastalar en az 40-72 saatler arası müracaat etmişlerdir (68 hasta, %25,47). (Tablo - 6).

Yayınlanmış serilerde bu süre biraz daha erkendir (4, 7,8,12,17,18,26,28).

Perforasyon - operasyon arası süre morbidite ve mortaliteyi oldukça etkilemekte ve sürenin uzaması morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde arttırmaktadır. (Tablo - 18).

Literatür verileri bizim sonuçlarımızı doğrulamakta ve perforasyon operasyon intervalinin önemini vurgulamaktadır. (1,4,8,12,16,17,27,29).

Vakalarımız içerisinde delinme öncesi belirtileri olarak nitelenen sık diare, aralıklı karın ağrıları, hafif defans muskuler (Cushing sendromu) ile kliniğimize müracaat edip, perforasyon öncesi ameliyata sevk edilen hasta yoktur. Literatürde bu bulgularla hastanın ameliyata sevk edilebileceği bildirilmiştir. (20).

Yine vakalarımız içerisinde mezenter lenflerdeki tifonun, lenf nodülünü patlatmasıyla oluşan peritonit vakası yoktur. Bu şekilde oluşmuş tekrarlayan bir tiro peritoniti Robert ve ark. tarafından bildirilmiştir. (22).

Vakalarımızın bir kısmına operasyon öncesi nazogastrik tüp kondu ve mesanë kateterizasyonu uygulandı, hızlı olarak sıvı - elektrolit verildi. Hastalarımızın hiçbirisi 3 saatten fazla bekletilmedi. Bu hastalarda hazırlık ortalama 2 saat sürdü. Diğer hastalar ise hiç bekletilmeden ameliyata sevk edildi. Operasyon öncesi hızlı sıvı - elektrolit verilerek hazırlanan hastalar, operasyonu daha iyi tolere ettiler. Ağır anemisi olanlara operasyon öncesinden bağlanarak operasyonda ve post operatif dönemde kan transfüzyonu yapılmaya çalışıldı. Son zamanlarda vakalarımıza operasyon öncesi parenteral yüksek doz antibiyotik (chloramphenicol ve ampicillin) vermeye başladık. Bu şekilde; yara süpürasyonu gibi sorunlarla daha az karşılaşacağımızı

düşünüyoruz.

Vakalar, ameliyata alınırken cerrahi teknik kararlaştırılmadan alındılar. Seçilecek ameliyat tipine hastanın laparatomî bulgularına göre karar verildi.

Laparatomilerde en sık median kesi kullanıldı (217 vaka, %81,27). (Tablo - 21). Böylelikle yeterli bir ekplorasyon sağlayabilecek kesi amaçlandı. Kullanılan sağ pararektus kesisi genellikle tanı hatası nedeniyle yapılmıştır.

15'i dışında hastalarımıza trakeal entübasyonla genel anestezi verildi. Genel durumu bozuk olup, genel anestezi almayâ müsait olmayan 15 hastamıza lokal anestezi yapıldı.

Literatürde de genel olarak median kesi kullanılmıştır. Anestezi, aynı şartlarda genel anestezi veya lokal anestezi şeklindedir. (6,15,27,28).

Laparatomilerde, hastalarda lokal peritonitten, gecikmiş ve hatta yer yer abse odakları gösterir tarzda peritonite kadar değişen peritonit ile karşılaşıldı. Vakalarımızın %88,7'sinde (237 hasta) genel peritonit mevcuttu. Periton boşluğunda pü ve ince barsak muhtevası genellikle birlikte bulunuyordu.

Yayınlanmış serilerde de aynı bulgulardan söz edilmektedir. (1,2,4,6,7,8,12,15,16,17,18,20,27,28,29).

Vakalarımızın %91'inde (243 hasta) perforasyon, ileoçekal valvden geriye 50 cm'lik ileum parçasında idi. Bu sahada 28 hastada multipl perforasyon vardı. Son 5 cm'de 12

vakada (24,49), jejunumda 1 (10,37) vakada delinme tesbit edilmiştir. ileo-çekal valve en yakın perforasyon 1 cm. uzaklıktadır. (Tablo - 13).

Perforasyonla birlikte 17 vakamızda multipl nekrotik Peyer plağı (henüz delinmemiş), 2 hastamızda kanayan tiro ülseri tesbit edildi.

Yayınlanmış serilerde; Vargas ve ark. 4 safra kesesi perforasyonu, Keenan ve ark. 2, Eggleston ve ark. 1 çekum perforasyonu bildirmiştir. Serilerde perforasyonların büyük çoğunluğunun son 50 - 60 cm'de olduğunda birleşilmiştir. Bizim serimizde de perforasyon yeri aynı sahada büyük çoğunluktadır. (1,2,6,12,15,17,18,26,27,28,29).

Vakalarımızda perforasyon çapı 1 mm'den 30 mm'ye kadar değişmekle beraber çoğunluğu 3 - 7 mm kadar bulunmuştur. Vakalarımızın büyük bölümünde perforasyon olan ülser zemini krater tarzındadır. Zimda ile delinme, 1 mm kenarlı, dairevi veya oval şekilli perforasyon daha azdır.

Literatürde de perforasyon çapları 1 mm ile 25 mm arasında bulunmuş, çekumdaki perforasyonların çaplarının daha büyük olduğu bildirilmiştir. (12,15,17,28). Khanna 7 hastasında perforasyonun kapanmış olduğunu bildirmiştir. (16)

Vakalarımızın %84,27'sinde (225 vaka) tek perforasyon, %6,74'ünde (18 vaka) 2 perforasyon, %3,57'sinde (9 vaka) 3 perforasyon, %0,75'inde (2 vaka) 4 perforasyon,

%3,37'sinde (9 vaka) 5 ve daha fazla perforasyon saptanmıştır. Toplam 1'den fazla perforasyon 38 hastada (%14,23) saptandı. (Tablo - 12).

Jin Fok Kim ve ark. 31 gibi yüksek oranda multipl perforasyon bildirmiştir (17). Diğer yazarlarla bizim oranlarımız genelde uygunluk göstermektedir. (12,15,16,18,22,23).

Hastalarımıza genellikle Debridmanlı veya debridmansız primer stür ve geniş peritoneal drenaj uygulandı. Sekrotik peyer plakları üzerinden primer stür kondu. Tüm hastalarımıza peroperatuar serum fizyolojik ile peritoneal lavaj yapıldı. Hastalarımızın 236'sına (%89,39) primer stür, 16'sına (%6) ileum rezeksiyonu ve uç uca anastomoz, 5'ine (%1,87) ileum rezeksiyonu ve ileotransversostomi, 3'üne (%1,12) sağ hemikolektomi, 2'sine eksteriorizasyon tipinde ileostomi, 1'ine (%0,37) primer stür ve yan yana ileotransversostomi (by pass) yapıldı. Aşırı yapışıklıklar nedeniyle yeterli eksplorasyon yapılamayan 4 (%1,5) hastaya ise sadece geniş peritoneal drenaj yapıldı. (Tablo 5, 14).

Vakalarımızın 56'sına (%21) yapılan operasyona ek olarak postoperatif 2 - 4 gün südütle antibiyotik serum fizyolojik ile devamlı peritoneal irrigasyon uygulandı. Peritoneal irrigasyon uyguladığımız 56 hastanın 22'sinde litreye 1gr. Kanamycin, 34'ünde litreye 2 gr. chloramphenicol kullanıldı.

68 hastada perforasyon kenarından alınan biyopsi in-

celenmiş, bunların 5'i barsakta nekroze iltihabi perforasyon, 2'si nonspesifik iltihabi ülser perforasyonu, 61'i tifo ülseri perforasyonu olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlarımız diğer yazarlarca bildirilen patolojik inceleme sonuçları ile uyum göstermektedir. (6,8,16).

Postoperatif dönemde hastalarımıza 25-50 mg/kg/gün dozunda chloramphenicol parenteral uygulandı. Postoperatif 6. - 7. günden itibaren hasta oral alıyorsa 4 x 250 mg chloramphenicolü oral verdik ve tedaviye 10 gün kadar devam ettik. Başlarda chloramphenicol ile penicillin kristalize kombine olarak verilmekteydi. Sonraları penicillin kristalize yerine Ampicilin tedaviye dahil edildi. Daha sonra bunların yanına aminoglikozid türevi ilave edildi. Çünkü peritoniti yapan yalnız başına tifo basilleri değildir. En sık E. coli olmak üzere bir çok mikroorganizma peritonitin nedenidir.

Bağlanışta imkanların yetersizliği nedeniyle kan elektrolitleri, serum proteini gibi tetkiklerden devamlı faydalanmaktan yoksun olarak, tedavi planlanıyordu. İmkanlar elverdiğinden itibaren tedavi planlaması daha iyi yapılır hale geldi. Kan elektrolitleri dengede tutulmaya çalışıldı, kan protein ve albumin açığı giderilmeye çalışıldı ki bu hastalara aminoasit solusyonları ve human albumin verildi. Hemoglobin düzeyi %70'in altında olanlara kan transfüzyonları yapıldı ve hemoglobin %75'in üzerine çıkarılmaya çalışıldı.

Vakalarımızda özellikle ilk günde elektit ameliyat edilenlere göre daha fazla sıvı ihtiyacı olduğu görülmüş ve yaklaşık 2000 - 3000 cc kadar daha fazla sıvı parenteral verilmiştir. İdrar çıkamının yeterli olması (saatte 30 cc'nin altına düşmeyecek şekilde) ve hipovolemik yok durumu devamlı takip edildi.

Literatürde, nonoperatif olarak chloramphenicol verilmesi ve Oschner - Sherren diyeti ile tedavinin yapıldığı bildirilmektedir. Ancak mortalite oranı yüksek olmasına rağmen çok yüksek olması nedeniyle tavsiye edilmemektedir (4,8,27).

Operatif seçim çeşitli yazarlar tarafından değişik olarak uygulanmıştır. Yazarların bir bölümü seçilecek yöneme ameliyat esnasında karar vermişler, (2,6,15,17,27,28,29), diğer bölümü ise yapılacak cerrahi işlemi standardize ederek gelen tüm vakalara uygulamışlardır (12,13,16,18).

Keenan ve ark. ülser eksizyonu + reyer plakları eksizyonu + basit kapama yapmış, karni serum fizyolojik ile yıkamış ve cerahat olanlar haricinde dren koymamıştır. Yazar, postoperatif fistül insidansını azaltmak için ileo-transversostomi (komplet veya parsiyel) ve lateral tüp ileostomisine 2. operasyonda da fistül olma insidansının olması (barsak devamlılığının sağlanması için 2. bir operasyon gerekliliği), peritonitte kolonu kapsayan anastomozun uygun olmadığı ve lateral tüp ileostomi ile ince barsak

kapsamıyla tamir edilen alanın kontaminasyonunun devam ettiği gerekçeleriyle karşı çıkmıştır (bu yöntemler E. Gizzaralde tarafından yapılmış ve önerilmiştir). Yazar kendi vakalarında perforasyon alanı çevresine Wedge Resection veya Foyer plaklarına eksizyon uygulayarak yaptığı basit kapama sonrasında 1 fistül geliştiğini, mortalitenin %10 olduğunu, toplam morbiditenin %56,5 olduğunu bildirmiştir. Pnömoni, anemi ve yara enfeksiyonunun major komplikasyonlar olduğunu belirtmiştir. Yazar postoperatif peritoneal irrigasyonun değerini de şüpheli bulmuştur. (15)

Efem, S.E.E. yazara gönderdiği mektupta yazarı desteklemektedir. Bu yazarda drenaja karşıdır. Yazarlar genel peritoneal drenajın ineffectif olduğunu ve fistül formasyonunu arttırabildiğini söylemektedirler (11,15).

Kapoor'da bu yazılar için yazdığı mektupta, basit kapamadan yana olduğunu belirtmiş ancak drenaja gerek duyduğunu söylemiştir (14).

Vergas ve ark., Badojo ve ark., Jin Lok Kim ve ark., Chouhan ve ark. vakalarında 1. planda basit kapamaya yetmişlerdir. Ancak multipl perforasyon bulunan veya perforasyonlu alanın çevresinin dikiş tutmayacağına inandıkları hastalarda ince barsak rezeksiyonu gerektiğini savunmuşlardır. (6,8,17,26). Jin Lok Kim ve ark. yayınlarında Vakalarının bir kısmına debridman yapıldığını belirtmiş, mortalitenin %9,9 olduğunu, mortalitenin rezeksiyon + anastomoz yapılanlarda biraz daha az olduğunu bildirmişlerdir (17).

Eadejo ve ark. operatif intraperitoneal lavaj haricinde hastalarında, 4 gr chloramphenicol ve 1 milyon ünite trasyol katılmış dekstran solusyonuyla peritoneal irrigasyon yapmışlardır. Eadejo ve ark., konservatif tedaviye aldıkları 30 hastada %66,6 mortalite bildirmişlerdir. Irrigasyonsuz basit cerrahi tedavi uygulananlarda %33 mortalite, peritoneal irrigasyon uygulanan hastalarda ise %3,03 mortalite bildirmektedirler. En sık ölüm nedenini sepsisemi olarak bulmuşlardır. Peritoneal irrigasyon uyguladıkları hastalarda total %60 komplikasyon kaydetmektedirler. Fistül %23,23 hastada görmüşler, 15 hastada postoperatif çok sayıda reperforasyon olduğundan yeniden operasyon yapmışlardır. Irrigasyonun adezyonları önlemede, hastahanedeki kalış süresini ve mortaliteyi önemli ölçüde düşürmede faydalı olarak bulmuşlardır (6).

Vargas ve ark. vakalarında simple closure (basit kapama) uygulamış, komplike vakalarda barsak rezeksiyonu yapmışlardır. Total morbidite %66,6, total mortalite ise %3 olarak bildirilmiştir (26).

Welch ve ark. vakalarına, basit kapama (debridman), wedge eksizyon sonrası primer stür, ileum rezeksiyonu + uç uca anastomoz ve rezeksiyonla birlikte sağ hemikolektomi + ileotransversostomi veya colostomi ve ileostomi uygulamışlardır. Basit kapamada %36 mortalite, wedge eksizyonu uygulananlarda %8 mortalite, rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapılan vakalarda %15, uygulamış oldukları sağ hemikolek-

tomi + ileum rezeksiyonu + ileotransversostomi veya ileostomi ve kolostomi'lerde ise %43 mortalite bildirmişlerdir. Genel mortaliteleri %22 olarak bildirilmiştir (28).

Otu, bu yazarlara gönderdiği mektupta basit kapamanın bırakılıp daha radikal yöntemler ve hatta wedge rezeksiyon yapılması gerektiği konusunda hemfikir olmadığını, basit kapatmanın yeterli olacağını belirtmektedir. Gerekiirse omental yamanın kullanılışlı olacağı görüşündedir (31).

Eggleston ve ark. başlangıçta basit kapama uygulamış, sonraları basit kapamaya ilave olarak ileokolostomi yapmış ve bunları 1979'da 78 vaka, 1981'de 93 vaka olarak yayınlıyarak mortalite ve morbidite yönünden kıyaslamışlardır. %81 total morbidite bildirmişlerdir. By pass işlemi ile diğer prosedürler incelendiğinde total komplikasyon oranı farksız ancak, büyük yara komplikasyonları ve fokal fistülü anlamlı ölçüde az bulmuşlardır. Chloramphenicol kullanan 2 hastalarında nonfatal lökopeni tesbit etmişlerdir. Toplam mortalite %52 olup, mortalitenin operatif procedürle ilişkisi olmadığı bildirilmiştir (12,13).

Lizzaralde, vakalarında iki prosedür uygulamış, ilk vakalarında terminal ileumda geçici total by pass (end to side ileokolostomi)yapmış, birkaç hafta sonra barsak devamlılığı için restorasyon (anastomoz bozulmuş, uç uca ileoileostomi ve kolon tamiri) yapmıştır. Bu grupta mortalite %27,7 imiş ve iki fistül, 2 anastomoz ayrılması ve 1 reperforasyon tesbit etmiştir. Bu grupta ölen 10 hastadan

başka restorasyonu kabul etmediklerini bildirdiği 9 hastasına da ileo-ileostomi yapılmıştır. Bu gruptaki hastaların 17'sine restorasyon yapılmış olup mortalite ve komplikasyon olmadığı bildirilmiştir. 2. grupta ise perforasyona basit kapama ve ileoçekal valvden 80 cm uzağa lateral Stamm (7 tüpü konarak) ileostomisi yapılmışlar ve 7 - 12 gün bırakılmışlardır. Bu grupta ise %34,8 mortalite bildirilmiş, 1 reperforasyona ve 4 fistüle tanık olmuştur (18).

Vyas ve ark. vakalarında sadece primer sütür yapmış, bir kısmına ek olarak sütür çingisini kapatacak serbest omental greft uygulamışlardır. Primer sütür konan 23 hastalarında %17,4 mortalite bildirmiş ve 1 vakada reperforasyon işlemişlerdir. Primer sütür + omentopeksi yaptıkları hastalarda ise mortalite %33,3 olmuş ve 1 yeni perforasyon saptamışlardır (27).

Chouhan ve ark. 344 tifo perforasyonlu hasta sunmuşlar, vakalarının 206'sına konservatif tedavi uygulanmış ve mortalite %80,1 olmuş, kalan 138 hastada prensip olarak perforasyon basit kapatılmıştır. Basit kapamanın imkansız olduğu 1 hastada rezeksiyon ve drenaj yapılmış, büyük manevraları tolere edemeyecek hastalarda perforasyon kapatılmadan lokal anestezi ile drenaj yapmışlar ve toplam mortaliteyi %58,7 bulmuşlardır (8).

Khanna ve ark. vakaların büyük bölümünde perforasyonu omental parça ile yamamış, bir kısmına intestinal by pass yapmış, bir kısmına da ince barsak rezeksiyonu yapar-

ken perforasyonu kapanmış olarak bulduğu hastalarına ise sadece peritoneal lavaj yapmışlardır. 247 mortalite ve oldukça yüksek morbidite bildirmişlerdir. Hastalarında istatistiki olarak değerli bulmamakla birlikte Metranidazol kullanan hastalarda mortalitenin düştüğünü belirtmişlerdir. (16).

Yayınların tek tek incelenmesinde de görüleceği üzere tifo perforasyonlarında konservatif tedavinin yeri yoktur. Cerrahi yolla tedavi hemen hemen kesinlik kazanmıştır. Nevarki seçilecek cerrahi yöntem halen tartışmalıdır ve çeşitli cerrahlar tarafından değişik teknikler kullanılmaktadır.

Yapılan teknikler şöyle sıralanabilir;

1. Basit kapama,
2. Perforasyon kenarında debridman + primer stür,
3. Wedge eksizyon + primer stür,
4. İleum rezeksiyonu + uç uca anastomoz,
5. İleum rezeksiyonu + ileotransversostomi (by pass),
6. Sağ hemikolektomi + ileum rezeksiyonu + ileotransversostomi,
7. Sağ hemikolektomi + ileum rezeksiyonu + ileostomi ve kolostomi
8. Basit kapama + geçici ileotransversostomi
9. Basit kapama + devamlı ileotransversostomi
10. Basit kapama + lateral tüp ileostomisi
11. Basit kapama + ileostomi
- 12.

12. Ileostomi (Eksteriorizasyon),
13. Omental pach,
14. Basit kapama + omentopeksi,
15. Sadeco peritoneal drenaj,
16. Primer stür veya rezeksiyon gibi herhangi bir operasyonu müteakip postoperatif devamlı peritoneal irrigasyon.

Yayınlanmış serilerde seçilen tekniklerin bir özetini mü Tablo -23'de özetlendi.

Kliniğimizde debridmanlı veya debridmansız primer stür en sık yapılan seçimdir. Debridman; perforasyon olan ülserin sağlam mukozaya varıncaya kadar yapılan eksizyonu şeklinde uygulanmıştır. Vakalarımızda daha önce de belirttiğimiz gibi teknik operasyon sırasında seçilmiştir. Primer stür haricinde, multipl perforasyonu olan yada perforasyon çevresinin çok hasarlı olduğu 16 vakada (%6) ileum rezeksiyonu + uç uca anastomoz, 5 (%1,87) vakada ileum rezeksiyonu + ileotransversostomi, 3 (%1,12) vakada çekimde perforasyon olmamasına rağmen çok yakın ileum perforasyonu nedeniyle hasarlı çekim bulunduğundan sağ hemikolektomi + ileum rezeksiyonu + ileotransversostomi uygulanmış, 1 vakada (%0,37) primer stürü korumak amaçlı ileotransversostomi yapılmıştır. Genel durumu bozuk, perforasyonu oldukça geniş 2 hastada Eksteriorizasyon tipinde ileostomi yapılmıştır. Eksplo-rasyona imkan vermeyen aşırı yapışıklıklar nedeniyle perforasyonu araştırılamayan 4 (%1,5) vakaya da peritoneal drenaj uygulanmıştır.

T E K N İ K L E R

YAZANLAR	TOPLAM YAKA	BASIT KAPAMA	WEDGE ENKİZİYON	İLEAL REZEKSİYON	SAĞ HEMİ- KOLEKTOMİ	İLEOSTOMİ	İLİOTRANSVERS KOLESTOMİ	DİĞER
Kim ve ark.	161	103		43		10		5
		64		26		6.2		3.1
Welch ve ark.	50	11	12	20	7			
		22	24	40	14			
Eggleston ve ark.	1.78	43(55)					29 (37)	3(3.9)
	2.93			3(3.9)			42 (45.8)	
Yilmaz ve ark.	26	17		5	1	2		1
		65.4		10	3.8	7.7		3.2
Badejo ve ark.	180	125		55				
		58.3		31				
Akinciolu ve ark.	40		22	5		15		
			52.4	2		35.7		
Bizim serimiz	20	230		21	3	2	1	4
		22.20		5	1.7	2.7	0.27	2.5

(Table - 23). İlk serinin tanımlama sonucu. Nispeti veriler.

Primer stür ile tamâr edilen ve postoperatif fistül olan 3 hastamız reopere edilmiş, 2 hastamızda çekunda ve ileumda multipl reperforasyon olduğundan sağ hemikolektomi + ileum rezeksiyonu + ileotransversostomi yapılmış, 1 hastaya ileumda 4 yeni perforasyon ve aynı zamanda stür kaçağı tesbit edilerek ileum rezeksiyonu + uç uca anastomoz yapılmıştır. Bu hastamız toksik şok nedeniyle eks olmuştur. İleum rezeksiyonu yapılmış 1 hastaya yeni perforasyonlar ve kanayan Peyer nedeniyle sağ hemikolektomi yapılmıştır.

Seçtiğimiz tekniklerin istatistikî açıdan karşılaştırılması primer stür haricinde yapılan diğer tekniklerin sayılarının azlığı nedeniyle anlamlı sayılmaz. Seçilen tekniklerin mortalite ve morbidite ilişkileri Tablo 20, 21, 22'de özetlenmiştir. İstatistikî açıdan değerli olmamakla birlikte ileum rezeksiyonlarında mortalite daha azdır.

Vakalarımızın bir kısmına uyguladığımız peritoneal irrigasyon sonuçları değerlendirildiğinde (hem kanamycin ile yapılan hemde chloramphenicol ile yapılanlarda) sepsisemi ve tokseminin oldukça düştüğü buna bağlı olarakta mortalitede azalma olduğu, diğer komplikasyonlar için önemli farklılık olmadığı gözlenmiştir. (Tablo - 17).

Primer stür konan vakalarımızın 107'sinde (40,75) debridman (avivasyon) yapıldı. Debridman yapılan vakalarımızda daha az oranda fistül gördük. Debridman yapılan vakalarda görülen fistüllerin büyük çoğunluğunun reper-

forasyonlar nedeniyle oluştuğunu, teknik hata ya da suture kesmesi gibi sebeplerle oluşan suture yemeliğinin çok az olduğunu düşünöyoruz. Mortalite de önemli ölçüde olmamakla beraber daha azdır. (Tablo - 21).

Septisemi ve toksemiöi yapan en sık neden ince barsak muhtevası ve/veya tifo basilleriyle kontamine periton ve akabinde gelişen peritonittir.

İlerlemiş ya da yüksek riskli (fokal bulasımı, gecikmiş, abse mihrakları oluşmuş) peritonitlerde antibiyotikli solusyonlarla irrigasyonun postoperatif peritonitin oluşmasını ve peritonite bağlı septisemiöi azalttığı ve mortaliteöi düşürdüğüne işaret edilmektedir. Irrigasyonun anastomozlara etkisi yoktur.(6,10,19,23,25).

Tifo perforasyonları ameliyatları sonrası gelişen suture kaçağı yeni bir fokal peritonite yol açmakta ve fistül olmaktadır. Cerrahi tedavi sonrası gelişen fistüllerin tümünün suturelerin sızdırması nedeniyle meydana gelmediği açıktır. Literatür bilgileriyle hemfikir olduğumuz ikinci bir neden reperforasyonlardır.(1,6,12,13,15,16,18,27,28).

Total morbiditemiz %55,43'dür. En sık rastladığımız septisemi ve toksemidir. Vakalarımızın %25,47'sinde meydana gelmiştir. Diğer büyük komplikasyonlarımız; yara süpürasyonu %19,47, evantrasyon - evisserasyon 13,1, fistül %11,61, akciğer sorunu %7,88 (atelektazi ve pnömoni %5,24, ampiyem %1,12, akciğer ödemi %1,12) vakada görüldü. (Tablo - 15).

Septisemi - toksemi postoperatif irrigasyon yapılan hastalarda belirgin olarak azdı.

Literatürde de en sık rastlanan sorun; septisemi, toksemi, yara sorunu, fistül ve akciğer sorunlarıdır (4, 6,8,12,13,15,18,28).

Yayınlanan serilerde morbiditeler Tablo -24'de özetlenmiştir.

Cerrahi tedavi ile izlenen en küçük mortaliteyi Vargas ve ark. primer stür veya rezeksion uygulayarak, Badoje ve ark. cerrahi prosedüre ekledikleri peritoneal irrigasyon ile elde etmişlerdir. En büyük mortalite ise Choudam tarafından (%58,7) bildirilmiştir. (6,8,26). (Tablo - 25).

Total mortalitemiz %28,46'dır. En sık mortalite nedenimiz Septik- toksik çok olup ölen hastalarımızın %68,46'sı, tüm vakaların %19,48'ini oluşturmaktadır. Diğer mortalite nedenlerimiz, akciğer sorunu (%5), akut böbrek yetmezliği (%1,87), ameliyat sırasında veya erken dönemde arrest geçiren hastalar (%1,87) dir. (Tablo -16).

Fistül 2 hastada ağır elektrolit bozukluğuna, 2 hastada peritonit ve septik şoka neden olarak ölüm nedeni olarak, fistüllü vakalarımızın 13'ü ölmüştür. Böbrek yetmezliğinin birinin nedeni geç kan reaksiyonudur.

Literatürde en sık mortalite nedeninin septik ve toksik çok olduğu belirtilmiş olup mortalite nedenleri ile serimiz uygunluk içerisinde (4,6,8,12,13,15,18,28).

YAZAR	TEKNİK	MORTALİTE (%)	
Akinoğlu ve ark.	Wedge eksizyon	27,2	} 33
	İleostomi	45,6	
	İleum rezeksiyonu yan yana anas.	70,0	
Archampong	Karışık prosedür	1964 39,8	
		1976 24,1	
Badejo ve ark.	Karışık + peritoneal irrigasyon	3,03	
	Karışık	33	
	Konservatif	66,6	
Chouhan ve ark.	Basit kapama ve karışık	58,7	
Eggleston ve ark.	Primer sütür, rezeksiyon v.b.	} 32	} 32
	İleotransversostomi		
Keenan ve ark.	Primer sütür veya diğer	9	
Khanna ve ark.	Omental pach ve diğer	47	
Kim, J.P. ve ark.	Primer sütür veya rezeksiyon	9,9	
Lizzaralde	Total by pass	27,7	
	Lateral tüp ileostomisi	34,8	
Vargas ve ark.	Primer sütür veya rezeksiyon	3	
Vyas ve ark.	Primer sütür	17,2	
	Primer sütür + omentopeksi	53,3	
Welch ve ark.	Basit kapama	90	} 22
	Wedge eksizyon	8	
	İleal rezeksiyon	35	
	Sağ hemikolektomi	43	
Yılmaz ve ark.	İleorafi veya rezeksiyon	11,5	
Bizim serimiz	Primer sütür veya diğer	1980 öncesi 42,64	} 28,46
		1980 sonrası 9,1	

Kliniğimizde 1980 öncesi tedavi edilen 157 vakada mortalite %42,64 iken, 1980 - 1986 yılları arasında tedavi edilen 110 vakada %9,1'dir. Bu sonuçta operasyon öncesi yeterli resüsitasyon, perforasyon - operasyon intervalinin azalması (1980 öncesi ortalama 86,34 saat (3,96 gün), 1980 sonrası 73,42 saat (3,06 gün)), postoperatif hasta takibinin daha yeterli hale gelmesi, 1980 sonrası yıllarda yapılan postoperatif irrigasyon gibi nedenler sayılabilir.

Mortaliteyi etkileyen en önemli faktör perforasyon - operasyon intervalidir. Hastalığın neden olduğu anemi, periferik sirkülasyon yetmezlik, su ve elektrolit bozuklukları ve metabolik olaylar, diğer organ ve dokularda yaptığı patolojik değişiklikler, organizmanın direnci, bakterinin virulansı, operasyon öncesi yeterli resüsitasyon, ameliyat sonrası dikkatli takip gibi faktörler de mortaliteyi etkiler (4,8,15,16,17,18,26,27,28,29).

Bizim vakalarımızda perforasyon - operasyon intervalinin mortaliteyi kesinlikle etkilediğini gördük (Tablo - 19). Mortalite yaş arttıkça hafifçe yükselmekle birlikte istatistiki olarak değerli değildir. (Tablo - 19)

0 - 40 yaş arasında mortalitemiz %27,2 iken, 40 yaş üzerinde %30'dur. Hastalık süresi ile mortalite ve morbidite arasında ilişki bizim serimizde önemsizdir. Ayrıca bizim vakalarımızda istatistiki olarak değerli olmamakla birlikte perforasyonun sayısında mortaliteyi etkilediği gözlenmiştir.

tir. Morbidite etkilenmemiştir. (Tablo - 26).

Ölümü etkileyen esas neden bizce cerrahi teknik değildir. Geniş rezeksiyon yapılan ameliyatlarda, ameliyat süresinin uzaması bir etken olabilir. Cerrahi tedavi - hemen tüm yazarlarca da kabul edildiği gibi - en sık ölüm nedeni septik ve toksik şok tablosudur ki bu da peritonitin veya gerçek tifo sepsisemi veya toksemisinin sonucudur. Sepsisemi ve toksemiden sonra gelen en önemli sorun fistüldür ki bu ya suture kaçağından ya da perforasyonlarla olmaktadır. Tifo ülserinin bir krater tarzında olması ve delinmiş yerin çevresinde hastalıklı sahanın bulunması, burada atılan suturelerin yetmezliğine neden olabilecek bir faktördür. Özellikle konservatif tedaviyi öneren yazarların korktuğu bu durumda gerçek payı vardır. O halde suturelerin yetmezliği sorununu ortadan kaldırmanın bir yolu olmalıdır ve bu bizce sağlam mukozaya ve yeterli kanama görülene kadar yapılacak perforasyon çevresi debridmanı ile veya Wedge eksizyonla hastalıklı sahanın çıkarılmasıdır.

Biz vakalarımızın bir kısmına perforasyon çevresi debridmanı uyguladık ve suture yetmezliğinin bir fenomeni olan fistüle bu hastalarda daha az rastladık. (Tablo - 21).

Tifo perforasyonlarında seçilecek teknike ameliyat esnasında karar verilmesi; tek veya birbirine uzak multipl perforasyonlarda debridman + primer suture, birbirine yakın multipl perforasyonlu vakalara veya perforasyonun

olduğu sahanın çevresindeki barsağın kötü durumda olduğu vakalara küçük ince barsak rezeksiyonunu, Çekum perforasyonunu olduğunda sağ hemikolektomi + ileotransversostomi, gerektiğinde (oldukça kötü bir terminal ileum ve hastanın genel durumunun kötü olması gibi) basit kapamadan sonra proksimalde ileostomi gibi işlemler daha emin sonuçlar veriyor gibi gözükmektedir.

Yine peritoneal kontaminasyonun azaltılması veya yok edilmesi için antibiyotikli solüsyonlarla yapılacak irrigasyon uygulanabilir yöntemler olarak dikkati çekmektedir.

Tifoda en etkili antibiyotik chloramphenicol'dür. Postoperatif 6. -7. güne kadar parenteral, daha sonra (oral alıyorsa) oral olarak 10 gün kadar verilmelidir. Perforasyon sonucu peritonit gelişmesi ve peritoniti yapan mikroorganizmaların farklı olması nedeniyle peritonit kültürlerinden üretilen mikroorganizmaya etkili antibiyotığında tedaviye eklenmesi gerekir. Ampicillin, tifo nökslerinin önlenmesi ve tifo başiline de direkt etkili olması nedeniyle kombine verilmesi uygun olabilir.

Hastalarda preoperatif hızlı sıvı-elektrolit replasmanı, anemi varsa kan replasmanı yapılması uygun olacaktır.

Postoperatif dönemde serum elektrolit seviyeleri tayin edilerek replasmanı, serum protein ve albumin açığının giderilmesi, hemoglobin ve Hematokrit seviyelerine göre kan

transfüzyonları yapılması ve postoperatif oluşabilecek komplikasyonların (özellikle sepsis ve akciğer sorunu gibi) dikkatli takibinin yapılmasının gerekli olduğu kanaatindeyiz.

SONUÇLAR

Tifo perforasyonu Peyer plaklarının çok sayıda olması nedeniyle gençlerde daha sık görülür.

Erkeklerde kadınlara oranla daha sık olarak tifo perforasyonu meydana gelmiştir.

Tifo perforasyonu serimizde yaz sonu ve sonbaharda daha fazladır.

Hastaların bir kısmında tifonun klinik belirtileri farkedilmeden perforasyon ortaya çıkmıştır.

Tifo perforasyonu gelişen hastalarda akut karın belirtisi ve bulguları ön plandadır.

Tanı için en önemli laboratuvar bulgusu bazilelliğin çekilen ayakta direkt karın grafilerinde pömoperitonium görülmesidir.

Vakalarımız kliniğimize genellikle geç müracaat etmiştir. Vakalarımızın yaklaşık %70'i 3. gün ve daha sonra kliniğimize başvurmuştur.

Laparatomilerde genellikle bir genel peritonit ile karşılaşıldı.

Perforasyon, genellikle ileoçekal valven geriye doğru 50 - 60 cm. içerisinde, antimezenterik yüzdedir. Çap 1 mm ile 30 mm arasında değişmektedir.

Cerrahi tedavide seçilecek teknik helen tartışmalıdır. En çok uygulanan basit kapamadır. Bebridampli kapama bizce ilk düşünülecek tekniktir.

Peritoneal irrigasyon sonuçları, septicemi ve tokseminin önlenmesi ile mortalitenin düşürülmesi açısından önemli bulunmuştur.

En sık rastladığımız morbidite, septicemi - toksemi, yara sorunu, fistül ve akciğer sorunlarıdır. Toplam morbiditemiz %55,43'tür.

En sık rastlanan mortalite sedeni septicemi - toksemidir. Toplam mortalitemiz %28,46'dır. 1980 Öncesi mortalitemiz %42,64 iken, 1980 ve sonrasında %9,1'dür.

Mortalite için en önemli predispozan faktör, perforasyon - operasyon intervalinin uzamasıdır.

Seçilecek antibiyotik chloramphenicol'dur. Kombineler olarak peritonit nedeni olan diğer mikroorganizmalara etkili antibiyotik verilmelidir.

O Z E T

Kliniğimizde 1970 - 1986 yılları arasında cerrahi olarak tedavi edilen 267 tifo perforasyonlu vaka retrospektif olarak incelendi. Erkek - kadın oranı 2,5/1 dir. Hastalarımızda ortalama yaş 26,7 yıl olup hastalarımızın %73,4'ü 10 - 39 yaş grubundadır. Hastalarda akut karına ait belirti ve bulgular hakimdir. Hazırlıksız gelişen ayakta direkt karın grafilerinde pnömoperitoneum %72,34 vakada tesbit edilmiştir. En sık yapılan operasyon; debridmanlı veya debridmansız primer stürdür. Gerekli olduğu hallerde ileum rezeksiyonu gibi diğer yöntemler de uygulanmıştır. Toplam morbiditemiz %55,43, toplam mortalitemiz %28,46'dır. En sık mortalite ve morbidite nedeni olarak sepsisemi ve toksemi saptandı. Perforasyon - operasyon intervalinin uzaması mortaliteyi arttırmaktadır.

SUMMARY

267 cases of typhoid intestinal perforation surgically treated in our clinic between 1970 - 1986 were analysed retrospectively. The male female ratio is 2,5:1. The average age of our patients is 26,7 years and 73,4% are in the 10 - 39 age group. The dominant signs and findings in these patients are those found in acute abdomen. Pneumoperitoneum was found in 77,34% of direct abdominal X - rays. The surgical method most commonly employed is primary suture with or without debridement. Other methods, such as ileum resection were used whenever deemed necessary. Our total morbidity is 55,43% and total mortality is 28,46%. The most common causes of mortality and morbidity are septicemia and toxemia. Lengthening of the perforation - operation interval increases the mortality rate.

KAYNAKLAR

- 1 - AKTİNGİLİ, A. ve ark. Tifo perforasyonlarının cerrahi tedavisi,
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği
Çalışması (yayınlanmamış).
- 2 - ALEV, İ., MUTLU, İ.A.; Tifoya bağlı ince barsak perforasyonu,
B.Ü.T.F. Dergisi, 2;409,1973.
- 3 - ANDERSON, W.A.D.; Pathologie, 8.Editions, Vol.1, 305-309, C.V.
Mosby Company, 1971.
- 4 - ARCHAMPONG, E.C.; Typhoid ileal perforations: why such mortalities?
Br.J.Surg.Vol.63; 317-321, 1976.
- 5 - ARİKAN, E.; Diyarbakır ve çevresinde tesbit edilen salmonella
serotipleri, Mikrobiyoloji Bülteni, Cilt:6, Sayı:3, 295-311, 1972.
- 6 - BADEJO, O.A., ARIGBADA, A.O.; Operative treatment of typhoid
perforation with peritoneal irrigation: a comparative study.
Gut, 21, 141-145, 1980.
- 7 - BÜYÜKÇİ, O., KASAN, H., AYDIN, G.; Tifoya bağlı barsak perforasyonu,
6.Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi, 25-27 Eylül 1986 BURSA.
- 8 - CHOUHAN, M.K., PANDE, S.K.; Typhoid enteric perforation, Br.J.Surg.
Vol.69; 173-175, 1982.
- 9 - DUMAN, A. ve ark. Enterokutanöz fistüller ve tedavisi, B.Ü.T.F.
Dergisi, 6;49, 1977.

- 10 - DUMAN, A. ve ark. Yaygın peritonitli hastalarda ameliyat sonrası
karın boşluğunun yıkanması, D.Ü.T.F. Dergisi, 6;454, 1978.
- 11 - EFEM, S.E.E.; Typhoid enteric perforation, Br.J.Surg., Vol.72, No.6,
June 1985.
- 12 - EGGLESTON, P.C. et al.; Typhoid perforation of the bowel, Ann.Surg.,
July 1979, 31-35.
- 13 - EGGLESTON, P.C. et al. Typhoid perforation: choice of operation.
Br.J.Surg., 68;341-342, 1981.
- 14 - KAPOOR, V.K. et al. Typhoid perforations. Br.J.Surg., Vol.73, No.1,
January 1986.
- 15 - KEENAN, J.P. and HADLEY, G.P.; The surgical management of typhoid
perforation in children. Br.J.Surg., Vol.71, 928-929, 1984.
- 16 - KHANNA, A.K. and MISRA, M.K.; Typhoid perforation of the gut.
Postgraduate Medical Journal, 60, 523-525, 1984.
- 17 - KIM, J.P. et al.; Management of ileal perforation due to typhoid
fever. Ann.Surg., January 1975, 88-91.
- 18 - LIZARRA, E.; Typhoid perforation of the ileum in children.
Journal of Pediatric Surgery, Vol.16 No.6, 1012-1016, 1981.
- 19 - NOON, G.P. et al.; Clinical evaluation of peritoneal lavigation with
antibiotic solution. Surgery Vol.62, No.1, 73-78, 1967.
- 20 - ONUL, B. İnflamasyon Hastalıkları. C.2, Ankara Tıbbi Enstitüsü,
Baskı no:1 Mart 1980 A.İ.İ.İ.İ.

- 21 - OTEU, A.A. Management of perforated typhoid ulcer. The Lancet, 1241-1242, May 31, 1975.
- 22 - ROBERT, H.K. et al.; Recurrent salmonella typhi peritonitis. JAMA, Vol. 243, 363, 1980.
- 23 - PERHASE, I. et al.; Prolonged peritoneal lavage in fecal peritonitis. Surgery, Vol. 68, No. 5, 842-845, 1970.
24. SCHWARTZ, S.L. et. al. Principles of surgery, Basic Science, 2nd ed., McGraw-Hill, Inc.
- 25 - STEPHENS, M. et al.; Continuing peritoneal lavage in high-risk peritonitis. Surgery, Vol. 85, No. 6, 603-606, 1979.
- 26 - VARGAS, R., PENA, A.; Perforated viscera in typhoid fever: A better prognosis for children, Journal of Pediatric Surgery, Vol. 10, No. 4, 531-532, 1975.
- 27 - VIAS, I.S. et al.; Operative treatment of typhoid ileal perforation with Omental Patch: comparative study. The British Journal of Clinical Practice, 367-370, November/December 1983.
- 28 - WELCH, J.P. and MARTIN, R.C.; Surgical treatment of typhoid perforation. The Lancet, 1078-1080, May 18, 1975.
- 29 - YILMAZ, C. et al. Kizilirmak bulaak perforasyonlari, 5. Turk Gastroenteroloji Kongresinde sunulan bildiriler. 1983 BTGA.