

Ameliyat Sonrası Karın İçi Yapışıklıklara Bağlı Mekanik İnce Barsak Tıkanmalarında Konservatif Tedavinin Yeri

CONSERVATIVE MANAGEMENT OF SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO POSTOPERATIVE ADHESIONS

Dr. Mustafa TİRELİ, Dr. Adam ÜSLU

SSK Tepecik Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği, İZMİR

ÖZET

Amaç: Ameliyat sonrası adezyonlara bağlı olarak meydana gelen, strangulasyon bulunmayan, mekanik ince barsak tıkanmalarının sağıtımında konservatif (nonoperatif) tedavinin etkinliğini artırmak.

Durum Deęeriendirmesi: Konservatif tedavinin etkinliği, bu yöntemin uygulanabileceği hastaların belirlenmesi, uygulama süresi tartışmalıdır. Ayrıca cerrahi girişim riskini arttırmayacağı konusu da eleştirilere açıktır. Bu çalışmada bu tartışmalı noktalar araştırılmak istenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya ameliyat sonrası adezyonlara bağlı ince barsak tıkanması saptanan hastalar alınmıştır. Geçirilmiş bir karın ameliyatı bulunan bir hastada, mekanik ince barsak tıkanmasını düşündüren klinik ve radyolojik bulguların tespit edilmesi durumunda ince barsak tıkanması tanısı konmuştur. İlk muayenede, klinik muayene ve klasik belirtileri 5 bulgudan (ateş>38°C, taşikardi>100/dk, lökositoz>10.000 mm³, devamlı karın ağrısı, peritoneal irkilme bulgusu) yararlanılarak basit obstruksiyon ile strangulasyon tipi tıkanma ayrımı yapılmıştır. Strangulasyondan kuşkulananlar acilen ameliyat edilmişlerdir. Basit mekanik tıkanma bulunanlarda, konservatif tedavi uygulanmıştır. Konservatif tedavi ile 72 saat içinde klinik ve radyolojik bulguları düzelmeyenlerde veya bu tedavi sırasında klinik ve radyolojik bulgularında şiddetlenme görülenlerde cerrahi girişime başvurulmuştur.

Çıkarımlar: Bu ileriye dönük araştırma 137 hastayı kapsamaktadır. 30 olguda ilk muayene bulguları ile strangulasyondan kuşkulandığından acil cerrahi tedavi uygulandı. Olguların 13'ünde strangulasyon vardı. Ameliyat sonrası hiçbir hasta kaybedilmedi. 107 hastada konservatif tedavi uygulandı. 82 olguda (% 76.6) başarılı sonuç alındı. Başarı oranı inkomplet tıkanmada % 85.5; komplet tıkanmada % 50.0'dir. 25 hastada başarısız sonuç nedeniyle geç cerrahi tedaviye başvuruldu. Konservatif ve geç cerrahi tedavi sonu hiçbir hasta kaybedilmedi.

Sonuç: Strangulasyon bulunmayan, adezyonlara bağlı ince barsak tıkanmalarının çoğunluğu konservatif tedavi ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Yöntemin inkomplet ve ameliyat sonrası erken dönem adezyona bağlı tıkanmalarda etkinliği daha da yüksektir. Konservatif tedavi, bu işlemin başarısızlığı halinde başvurulacak cerrahi girişimin riskini arttırmamaktadır.

Anahtar kelimeler: İnce barsak tıkanması, adezyona bağlı barsak tıkanması

SUMMARY

Conservative (nonoperative) management has been widely used in patients who have small bowel obstructions without strangulation due to postoperative adhesions. In this study, the efficacy of the nonoperative method in the therapy and whether it increases the morbidity and mortality of a possible subsequent surgical therapy, is assessed. Here we present 137 patients with small bowel obstructions due to postoperative adhesions. In the 30 patients strangulation was suspected according to their physical finding and immediate laparotomy was performed. 13 of these 30 patients had strangulation. Conservative therapy was instituted in 107 patients. In 82 of them (76.6%)

this therapy succeeded. The success rate was 85.5% in incomplete obstructions and 50.0% in complete obstructions. The 25 patients in which the conservative therapy was unsuccessful, underwent exploratory laparotomy. In 3 (12%) of them strangulation was seen. In our series there was no mortality. There were no complications due to conservative treatment, whereas morbidity was 16% for delayed surgical intervention. The results revealed that, small bowel obstruction due to postoperative adhesions can be treated successfully in 76.6% by conservative therapy. Also, delayed surgical intervention did not bring additional risks for the patients compared to immediate surgical treatment.

Keywords: Small bowel obstruction, intestinal obstruction, due to adhesion

Ameliyat sonrası karın içi yapışıklıklara (adezyon) bağlı olarak gelişen ince barsak tıkanmaları, mekanik barsak tıkanmalarının en sık karşılaşılan şeklidir (1,2). Strangulasyon tipi bir tıkanma saptananların tedavisinde tartışma yoktur; bunlarda acil cerrahi girişim yapılması herkesçe benimsenmektedir. Strangulasyon bulunmayan tıkanmaların sağıtımında ise konservatif tedaviden yararlanılabilir. Son zamanlarda bu tür barsak tıkanmalarının tedavisinde konservatif yöntemle elde edilmiş çok başarılı sonuçlar bildirilmektedir (3,6,8).

Geçen 11 yıl içinde kliniğimizde 137 adezyona bağlı mekanik ince barsak tıkanmalı hasta tedavi edilmiştir. Bu çalışmada bu tip barsak tıkanmalarının sağıtımında konservatif tedavinin başarısı bu tedavinin yapılabileceği hastaların seçimi, uygulama süresi ve bu tür uygulamanın, başarısızlık halinde başvurulabilecek cerrahi girişimin riski üzerine olan etkisi araştırılmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Bu araştırma SSK Buca Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği (1 Şubat 1987-1 Temmuz 1990) ve SSK Tepecik Hastanesi 3. Cerrahi (1 Temmuz 1990-31 Aralık 1998) Kliniklerinde tedavi edilen 137 adezyona bağlı ince barsak tıkanmalı hasta üzerinde yapılmıştır.

Herhangi bir nedenle karın ameliyatı geçirmiş bir kişide ince barsak tıkanmasını düşündüren klinik ve direkt karın grafisi bulgularının saptanması ile adezyona bağlı ince barsak tıkanması tanısı konmuştur (3,4,5). Barsak tıkanması bulguları karın ameliyatından sonra bir ay içinde gelişmişse, bunlar ameliyat sonrası erken adeziv tıkanma sayılmıştır (6,7). Son 24 saat içinde gaz-gaita çıkaran ve/veya direk karın grafisinde rektum yada sol kolonda gaz gölgesi saptananlardaki barsak tıkanması inkomplet tıkanma olarak kabul edilmiştir (3,4,5,8). Bu çalışmaya, karın içi organlara ait tümör nüksüne bağlı olarak gelişen barsak tıkanmaları; Crohn hastalığı, radyoterapiye

bağlı yapışıklıklar sonucu oluşan tıkanmalar alınmamıştır.

Adezyona bağlı ince barsak tıkanması tanısı konan hastada, bir uzmanın klinik muayene kanaatine ve beş klasik bulguya (ateş > 38°C, taşikardi > 100, lökositoz > 10.000, devamlı karın ağrısı, peritoneal irkilme bulgusu pozitifliği) bakarak strangulasyon tipi bir tıkanma olup olmadığı ayrımı yapılmıştır (3,9,10,11,12,13). Strangulasyon tipi tıkanmadan kuşku duyulanlarda acil cerrahi girişime başvurulmuştur.

Basit mekanik obstrüksiyon bulunanlarda ise öncelikle konservatif tedavi (nazogastrik dekompresyon, sıvı-elektrolit verilmesi) uygulanmıştır. Konservatif tedavi altındaki hastalarda genel fizik (kan basıncı, nabız sayısı, ateş, günlük idrar çıkımı vb) bakımının yanısıra, günde 2-3 kez karın muayenesi yapılmış; hergün direkt karın grafisi çekilerek klinik ve radyolojik bulgulardaki değişiklikler yakından izlenmiştir. Ayrıca nazogastrik sondadan gelen sıvının günlük miktarı, bu sıvının rengi ve niteliği, gaz ve dışkı çıkışı takip edilmiştir. Tüm hastalarda kan biyokimyası, elektrolit ve asit-baz dengesi günlük ölçümler yapılarak izlenmiştir. Birçok araştırıcı tarafından önerildiği gibi, bu çalışmada konservatif tedavi süresi 72 saat olarak öngörülmüştür. 72 saat içinde, barsak pasajı açılan, klinik ve radyolojik bulguları düzelen ve ağızdan beslenmeye uyum sağlayanlarda bu tedavinin başarılı olduğu kabul edilmiştir. Ağız yoluyla tam olarak beslenebildiği görülenler taburcu edilmişlerdir. 72 saatlik tedaviye rağmen klinik ve radyolojik bulguları düzelmeyen; ya da konservatif tedavi altındayken klinik bulguları şiddetlenen veya konservatif tedavi sonu ağızdan gıda verilince yeniden barsak tıkanması bulguları klinikte yatarken ortaya çıkan hastalarda konservatif tedavi başarısız sayılmış; hastalar ameliyata alınmıştır (geç cerrahi uygulanlar).

Erken cerrahi girişim, konservatif tedavi, konservatif tedavi sonrası cerrahi uygulanan tüm olgularda her türlü komplikasyon (ölüm dahil)

TABLO 1: 114 HASTADAKİ BARSAK TIKANMASI ŞEKLİ

	İnkomplet	Komplet	Toplam
Konservatif tedavi	85(%79.4)	22(%20.6)	107
Acil Cerrahi	11(%36.7)	19(%63.3)	30

kaydedilmiş ve yöntemlerden elde edilen olumlu ve olumsuz sonuçlar karşılaştırılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında Mini-Tap paket program kullanılmış; $p \leq 0.05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Karın içi adezyona bağlı ince barsak tıkanmalı 137 hastanın 30'unda başvuru anında strangulasyon obstrüksiyonundan kuşku duyulduğundan acil cerrahi girişime başvurulmuştur. 107 olguda konservatif tedavi uygulanmıştır. Bu 107 olgunun 18'inde postoperatif erken adeziv band obstrüksiyonu bulunuyordu.

Toplam 137 olgunun 75'i erkek 62'si kadın olup yaş aralığı 15-85; yaş ortalaması 49.9 yıldır. Konservatif tedavi uygulanan 107 hastanın ise 59'u erkek, 48'i kadın olup; yaş ortalaması 49.6 yıldır. Acil cerrahi tedavi zorunlu olan 30 hastanın ise 14'ü kadın, 16'sı erkekti. Bunların yaş ortalaması ise 50.7 yıldır. Gruplar arasında cins dağılımı ve yaş ortalaması yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Hastalarımızdaki barsak tıkanması tipi Tablo 1'de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi, konservatif tedavi uygulananların %79.4'ünde, acil cerrahi girişim yapılanların %36.7'sinde inkomplet bir tıkanma bulunuyordu.

Hastalarımızın önceki bir zaman içinde en az bir karın ameliyatı geçirdiği tespit edilmiştir. Hastaların % 40'ının en az iki karın ameliyatı oldukları da saptanmıştır. Geçirilmiş önceki karın

TABLO 2: 137 HASTADAKİ GEÇİRİLMİŞ İLK AMELİYAT

	Konservatif tedavi	Acil cerrahi tedavi	Toplam
Kolorektal	18	8	26
Apendiks	16	4	20
Jinekolojik	13	4	17
Barsak tık.	16	2	18
Mide-duode.	13	3	16
Karın trav.	9	3	12
Diğer nedenler	22	6	28
	107	30	137

ameliyatı nedeni ile ilgili bilgiler Tablo 2'de sunulmuştur. Serimizde adezyona bağlı ince barsak tıkanmalarının daha çok kolorektal, apendiks ve jinekolojik ameliyatlardan sonra meydana geldiği görülmektedir.

Kliniğe yatırılan hastalarımızda strangulasyon tipi tıkanmanın ayırılmasına pek çok araştırıcı tarafından yararlı olabileceği ifade edilen 5 klasik bulgudan yararlanılmıştır. Karında aşırı duyarlılık ve/veya peritoneal iritasyon ya da adale direnci saptananlar strangulasyon obstrüksiyonu olabileceği düşünülerek acilen ameliyata alınmışlardır. Konservatif tedavi uygulanan 107 olgudan 45'inde 5 bulgudan hiçbirini; 50'sinde yalnızca biri pozitif bulundu. Diğer bir ifade ile beş bulgu konservatif tedavi kararı almada daha yararlı olmuştur denebilir. Bu beş bulguya ek olarak klinik muayene sonucu elde edilen kanaate göre strangulasyon obstrüksiyonu düşünülerek acilen ameliyat edilen 30 olgunun ancak 13'ünde (%43.3) strangulasyon obstrüksiyonu saptanabilmiştir.

Konservatif tedavinin süresi değişkenlik göstermiştir. 107 hastadan 76'sında ilk 48 saat içinde tedavi tamamlanmıştır. 21 olguda tedavi 2-3 gün sürmüştür. Yalnızca 10 hastada 72 saatten fazla tedavi uygulanmıştır. Bu 10 olguda pasaj 72 saat

TABLO 3: KONSERVATİF TEDAVİ SONUÇLARI

	Başarılı	Başarısız
İnkomplet tıkanma (85)	71(%85.5)	14(%16.5)
Komplet tıkanma (22)	11(%50.0)	11(%50.0)
Erken adezyon tıkanma (18)	15(%83.3)	3(%16.7)
Toplam (107)	82(%76.6)	25(%23.4)

TABLO 4: 25 HASTADA KONSERVATİF TEDAVİNİN BAŞARISIZ SAYILMA NEDENLERİ

Klinik ve radyolojik bulguların düzelmemesi	15
Klinik ve radyolojik bulgularda şiddetlenme	7
Ağızdan gıda alınınca rekürrens gelişme	3

biterken açılmış ve durumu netleştirmek için tedavi uzatılmıştır.

Konservatif tedavinin bizim şerimizdeki başarısı Tablo 3'de özetlenmiştir. Genel olarak 107 olguda konservatif yöntemle olguların %76.6'sında tıkanma başarılı bir şekilde açılabilmiştir. Başarı oranı komplet tıkanmada %50.0; inkomplet tıkanmada %85.5; erken band obstrüksiyonu olanlarda %83,3 olarak saptanmıştır. Konservatif tedavi altında hiçbir hasta kaybedilmemiş; ve önemli bir komplikasyon da saptanmamıştır. Konservatif tedavinin başarısız olduğu 25 olgu vardı. Konservatif tedavinin başarısız sayılma nedenleri Tablo 4'de verilmektedir. Bu 25 olgudan üçünde laparatomide strangulasyon geliştiği görülmüştür. Bu üç olguda da adezyonun barsak duvarını sıkıştırdığı veya duvara yapıştığı alanda yerel bir beslenme bozukluğu (nekroz) geliştiği görülmüş ve birinde gangrene bölümden delinme de meydana geldiği tespit edilmiştir. Ancak bu delinme sonucu oluşan peritonit diğer organlar ve karın duvarı tarafından sınırlı bir halde tutulmuştur. Konservatif tedavinin başarısızlığı sonucu ameliyat edilen 25 olgunun 14'ünde bridektomi, 8'inde ileum rezeksiyonu-anastomoz, üçünde bridektomi-bypass ameliyatları yapılmıştır. İleum rezeksiyonunun 3'ü barsak duvarı nekrozu, 3'ü adezyona bağlı barsak lümeninin iyice daralmış olması ve 2'si de yaygın karın içi yapışıklıkları ayırırken oluşan multipl ileal perforasyonlar nedeniyle uygulanmıştır. Bu 25 olgudan hiçbirisi ameliyat sonrası kaybedilmemiş; dört olguda komplikasyon (üç enterokutaneus fistül, üç yara enfeksiyonu) meydana gelmiştir. Oluşan enterokutaneus fistüller konservatif tedavi ile sorunsuz iyileşmiştir.

Strangulasyon obstrüksiyonundan kuşkulularak ivedili cerrahi girişime başvuru olan 30 olgudan 13'ünde ameliyatta strangulasyon saptanmış; bunlardan yedisinde barsakta gangren de gelişmiştir. Bu 30 olgunun 22'sinde bridektomi; 8'inde ince barsak rezeksiyonu-anastomoz ameliyatı yapılmıştır. Bu 30 hastadan hiçbirisi kaybedilmemiş olup; ameliyat sonrası

devrede üç hastada komplikasyon (bir enterokutaneus fistül, 2 yara enfeksiyonu) meydana gelmiştir. Enterokutan fistül konservatif yöntemle tedavi edilmiştir.

Erken ve geç dönemde ameliyata alınanlarda uygulanan cerrahi tedavi, strangulasyon sıklığı, mortalite-morbidite karşılaştırmalı olarak Tablo 5'de sunulmaktadır. Gruplar arasında mortalite ve morbidite yönünden kayda değer bir farklılık izlenmemektedir ($p > 0.05$).

Bu serideki 137 hastadan hiçbirisi kaybedilmemiş olup; ameliyat edilen 7 olguda (%6.5) postoperatif komplikasyon meydana gelmiştir.

Konservatif tedavi ile iyileşip taburcu edilen 82 hastadan 62'si (%75.6) izlenmiş; bunların 18'inde (%29.0) barsak tıkanması nüksü görülmüştür. Nükseden olguların 13'ü konservatif, 5'i cerrahi yöntemle tedavi edilmiştir.

TARTIŞMA

Mekanik barsak tıkanmalarının en büyük nedeni ameliyat sonrası oluşan karın içi yapışıklıklara (adhezyon) bağlı olarak gelişen tıkanmalardır (1,2). Mekanik ince barsak tıkanmalarının yaklaşık %70'inde neden adezyonlardır (9,13).

Ameliyat sonrası adezyona bağlı olarak gelişen ince barsak tıkanmalı hastalarda öncelikle strangulasyon obstrüksiyonunun bulunup bulunmadığı ortaya konmalıdır. Çünkü tedavi buna göre şekillenecektir. Strangulasyon geliştiğinden kuşku duyulan barsak tıkanmalı hastada, ivedili cerrahi girişime başvurulması konusunda fikir birliği vardır (3,13,14). Strangulasyonun bulunmadığı olgularda ise konservatif tedavi günümüzde yaygın bir şekilde uygulanmaktadır (3,4,5,6,8,9,10). Ameliyat öncesi dönemde strangulasyon tipi bir tıkanmanın tanısında yararlanılabilecek basit, her yerde yapılabilen, güvenilirliği yüksek bir test bu güne kadar ortaya konamamıştır. Sarr ve ark. (14) inceledikleri 97 klinik ve laboratuvar parametresinden hiçbirinin strangulasyonu belirlemede anlamlı bir etkinliğinin olmadığını bildirmişlerdir. Birçok araştırmada, strangulasyonun belirlenmesinde, klinik muayene bulguları ve 5 klasik bulgudan (ateş $> 38^{\circ}\text{C}$, taşikardi > 100 , lökositoz $> 10.000 \text{ mm}^3$, karında peritoneal iritasyon bulgusu, devamlı karın ağrısı) yararlanılmıştır (12,13,15). Hemen belirtmek gerekir ki bu beş bulgunun güvenilirliği tartışmalıdır. Bazı araştırmacılar bu beş bulgunun strangulasyonu belirleme gücünün

TABLO 5: İVEDİ VE GEÇ (KONSERVATİF SONRASI) CERRAHİ YAPILAN HASTALARDAKİ BULGULAR

	İVEDİ CERRAHİ (30 OLGU)	GEÇ CERRAHİ (25 OLGU)	
Tedavi Yöntemi			
- Bridektomi	22	14	NS
- Barsak rez-anas	8	8	NS
- Bridektomi-bypass	-	3	
Strangulasyon pozitif	13	3	p < 0.01
Mortalite	0	0	NS
Morbidite	3/30 (%10)	4/25 (%16.6)	NS

% 50-60 düzeyinde olduğunu (12,14,16) ve bu beş bulgudan herhangi birinin diğerlerinden bariz bir üstünlüğünün olmadığını saptadıklarını bildirmişlerdir (12,13,14,15). Beş bulgu ve klinik kanaate göre strangulasyon geliştiği kuşkusu ile acilen ameliyat edilen 30 hastamızdan 13'ünde (% 43.3) strangulasyon saptanabilmıştır. Sarr ve ark. (14) bu beş bulgunun strangulasyon bulunan ve bulunmayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermediğini öne sürmüşlerdir. Buna karşılık, Bizer ve ark. (9) karında iritasyon bulgusunun varlığı ve lökositozun > 18.000 mm³ strangulasyon bulunanlarda, basit tıkanmaya göre anlamlı farklılıkta olduğunu öne sürdüler. Aynı şekilde Tanphiphat ve ark (10) devamlı karın ağrısı, barsak seslerinde kaybolma, distansiyon gibi bulguların acilen ameliyat edilenlerde, konservatif tedaviye alınanlara göre anlamlı derecede fazla olduğunu buldular. Bu araştırmacılar ayrıca, acilen ameliyat edilen 54 olguda canlı ve

cansız barsak bulunanlarda karın ağrısı, distansiyon, lökositoz, nabız sayısı, karın duyarlılığı gibi bulgularda anlamlı bir farklılık tespit edemediklerini; ancak, barsak sesi kaybının anlamlı bir bulgu olduğunu da kaydettiler. Seror ve ark. (3) ise ameliyatta strangulasyon bulunan ve bulunmayanlar arasında ancak nabız sayısının anlamlı farklılıkta olduğunu saptadılar. Klasik beş bulguya dayanılarak strangulasyon olabileceği kuşkusu ile acilen ameliyat edilen olguların ancak % 15-30'unda strangulasyon tipi bir tıkanma saptanabilmıştır (10,11,13).

Klinik bulguların ya da beş klasik bulgunun basit mekanik tıkanmayı belirlemede daha etkili olduğunu ileri sürenler de bulunmaktadır. Sarr ve ark. (14) bu bulguların basit tıkanmayı göstermede prediktif değerinin % 69'a ulaştığını kaydetmişlerdir. Stewardson ve ark. (13) ise, konservatif tedavi uygulananlarda bu beş bulgunun çoğunun negatif olduğunu; birkaç

TABLO 6: KONSERVATİF TEDAVİNİN BAŞARI ORANI

Araştırmacı	İnkompert Tıkanma	Komplet Tıkanma	Toplam Olgular
Seror(3)	%75	%70	%73
Wolfson(11)	%74	%36	%64
Fleshner(5)	%66	%45	%62
Peetz(4)	%65	%25	%55
Brolin(8)	%88	-	-
Sunulan Seri	%85	%50	%76.6

hastada bir bulgunun pozitif olduğunu belirtmişlerdir. Konservatif tedavi uyguladığımız 107 hastanın 50'sinde bir bulgu pozitif olup; 45'inde ise hiçbir bulgu pozitif değildi.

Strangulasyon sonucu barsak gangreni gelişmiş olgularda karın muayene bulguları daha belirgin olup, bunlarda ameliyat kararı almak daha kolay olabilir. Önemli olan barsak gangreni gelişmemiş strangulasyon obstrüksiyonunu ameliyat öncesi tanıyabilmektir. Bu konuda güvenilir bir test yada parametre henüz ortaya konamamıştır. Sarr ve ark (14) böyle bir tıkanma bulunan altı hastadan ancak birinde ameliyat öncesi tanı konulabildiğinden söz etmişlerdir.

Bazı araştırmacılar komplet tıkanma bulunanlarda strangulasyon tipi bir tıkanma bulunma olasılığının yüksek olduğunu ve bugün için strangulasyonu doğru olarak belirleyebilecek yeterli testlerin bulunmadığını öne sürerek ivedi cerrahi girişimi önermektedirler (14,15). Ancak araştırmacıların çoğunluğu komplet tıkanmalı hastalarda konservatif tedavinin uygulanabileceğini ve bunun küçümsenemeyecek bir oranda başarılı olabileceğinin bildirmektedirler (3,5,10,11,13). Biz de komplet tıkanmalı hastalarda konservatif tedavi uyguladık ve olguların % 50'sinde başarılı sonuç aldık. Acil cerrahi girişim uygulana hastalarımızın ise % 63.3'ünde komplet tıkanma vardı.

İntestinal dekompresyon ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması konservatif tedavinin temel ilkesidir. İntestinal dekompresyonun gerçekleştirilmesinde nasıl bir sonda kullanılacağı konusu tartışmalıdır. Bazı araştırmacılar (4,11) ince barsak içine konan sondalarla daha iyi dekompresyon yapıp ve daha başarılı sonuç alınacağına inanmaktadırlar. Buna karşılık, çok iyi planlanmış ileriye dönük karşılaştırmalı üç araştırmada (5,6,9), dekompresyonda nazogastrik sonda ile ince barsak içine konan sondaların etkinliği karşılaştırılmıştır. Konservatif tedavinin başarısı her iki sonda tipinde de eşdeğer bulunmuştur (5,6,9). Bu nedenle günümüzde nazogastrik bir sonda ile dekompresyon yapılması yeterli görülmektedir. Biz de tüm hastalarımızda nazogastrik bir sonda kullandık.

Konservatif tedavinin ne kadar zaman sürdüreceği konusu da tartışmalıdır. Birçok araştırmada farklı süreler geçerli olmuştur. Ancak araştırmacıların büyük bir çoğunluğu tedavinin en fazla 72 saat sürdürülmesinin uygun olacağı konusunda birleşmiş durumdadırlar (3,8,9,10). Ancak 72. saatsularında pasajı açılmış bir olguda tedavi tabiiyatıyla 72 saatten daha fazlasına taş-

bilmektedir (3,6,9,10). Bizim serimizde konservatif cerrahi süresi 72 saat olarak sınırlanmıştı. On hastada tedavinin bu süreyi geçmesi zorunlu olmuştur. 107 olgudan 76'sında ilk 48 saat içinde sonuç alınmıştır.

Konservatif tedavi ile barsak pasajı normale dönen, ağızdan beslenmeye tam olarak tahammül eden, karın filminde tıkanma bulguları kaybolan hastada konservatif tedavi başarılı sayılır (3,9,10). 72 saatlik konservatif tedaviye rağmen barsak pasajı açılmayan (gaz-gayta çıkışı olmayan), radyolojik bulgularda değişiklik göstermeyen olgularda tedavi başarısız sayılıp cerrahi girişime geçilmektedir (3,4,5,6,8,9,10,11,15). Konservatif tedavi altında başka nedenlerle de başarısızlık olabilir. Bunlardan en önemlisi tedavi sırasında klinik belirtilerde, radyolojik bulgularda şiddetlenmenin meydana gelmesidir (3,4,5,9,11). Bu durumda acil cerrahi girişime başvurulur. Bu nedenle konservatif tedaviye alınan hastaların sık sık fizik muayenesi tekrarlanarak ve günde en az bir kez direk karın grafisi çektilerle izlenmesi öngörülmektedir. Bir diğer konservatif tedavi başarısızlığı ise, barsak pasajı açıldığı saptanan ve ağızdan gıda alınmasına izin verilen olgularda tahammülsüzlük (distansiyon, bulantı-kusma, ağrı vb.) başgöstermesi ve tıkanmaya özgü klinik ve radyolojik bulguların ortaya çıkmasıdır (11). Bu tür olguda yeniden konservatif tedavi başlatılabilir (3). Ama, ağızdan gıda alındığında tıkanma bulguları yine nüksedirse cerrahi girişim kararı almakta tereddüt edilmemelidir. Bu nedenle konservatif tedavi ile pasajı açılan olgular ağızdan tam beslenmeye geçilinceye kadar, tercihan klinikte, gözlem altında tutulmalıdır. 107 olguda uygulanan konservatif tedavi bizim serimizde 25 olguda başarısız kaldı. Başarısız sayılma nedenleri Tablo 4'de sunulmaktadır.

Konservatif tedavinin başarı oranı nedir? Geniş hasta serilerinin sonuçları Tablo 6'da sunulmaktadır. Genel başarı oranının % 65-75 arasında olduğu söylenebilir (3,4,5,7,11). İnkompert tıkanmada başarı oranının daha yüksek olduğu ve çeşitli araştırmacılarla bizim sonuçlarımız arasında dikkati çeker bir farklılık olmadığı açıkça görülmektedir. Ameliyat sonrası erken dönem adeziv ince barsak tıkanmalarında da başarı oranı % 73-78 gibi yüksek bir düzeydedir (6,7). Bizim serimizde bu tür tıkanmalarda % 83 olumlu sonuç alınmıştır. Tablo 6'da görüldüğü gibi komplet tıkanmada konservatif tedavinin etkinliği konusunda çok farklı sonuçlar bildirilmektedir. Seror ve ark. (3) % 70; Peetz ve ark. (4) % 25 oranında başarılı sonuç rapor etmişlerdir. Peetz

ve ark. (4) komplet tıkanmada düşük başarı oranının uygulanan tedavi protokolü ile ilgili iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi konservatif tedavi süresini önce 24 saatle sınırlamaları ve bazı olgularda 48 saate kadar uzatmalarıdır. İkincisi ve daha önemlisi; bu araştırmacılar kliniğe yatırılan bütün hastalara konservatif tedavi uygulamışlardır. Bizim serimizde ve diğer araştırmacılar (3,5) olduğu gibi, strangulasyondan kuşkulanılp acil cerrahi tedaviye alınanlara bile önce konservatif tedavi denemişlerdir. Ve 24 saat içinde pekçok hastada karın fizik bulgularında şiddetlenme görülüp, konservatif tedavi başarısız sayılıp cerrahi yöntemle başvurulmuştur. Diğer serilerde bu tür hatalar baştan, cerrahi tedaviye yönlendirilmişlerdir. Bu nedenle bu araştırmacıların serisinde komplet tıkanmalarda konservatif tedavinin başarı düzeyi düşük çıkmıştır. Genel olarak komplet tıkanmaların en iyimser görüşle yarisında konservatif tedavinin başarılı olabileceği söylenebilir. Bizim serimizde genelde konservatif tedavinin başarı oranı %76.6'dır. Bu oran inkomplet tıkanmada % 85.5; komplet tıkanmada % 50.0; postoperatif erken band tıkanmalarında % 83.3 olarak bulunmuştur. Çok sayıda hastayı içeren serilerde konservatif tedavini ölüm oranı sıfır, komplikasyonlarının önemsiz olduğu bildirilmiştir (3,4,5,7,8,11,15). Konservatif tedavi sırasında bazı araştırmalarda kaydedilen ölümler, kalp yetmezliği, pulmoner emboli vb, bu tedavi ile ilişkisi bulunmayan nedenlerle ve yaşlı (80 üstü) hastalarda meydana gelmiştir (6,10). Konservatif tedavi uyguladığımız 107 adezyona bağlı tıkanmalı hastada mortalite ve morbidite oranı sıfırdır. Konservatif tedavinin, cerrahi tedaviye, mortalite-morbidite düşüklüğünün yanısıra, bir de çok daha düşük bir maliyete sahip olması gibi çok önemli bir üstünlüğü daha vardır (17).

Konservatif tedavi, başarısızlık halinde yapılacak cerrahi girişimin riskini artırır mı? Konservatif tedavi nedeniyle cerrahi girişiminde gecikme olacağı ve bunun olumsuz etki yapabileceği akla gelebilir. Ancak konservatif tedavi başarısızlığı sonucu cerrahi yöntemle tedavi edilen hastaların sonuçları incelendiğinde riskin artmadığı izlenmektedir (3,4,5,6,8,10,11,15). Thanphiphat ve ark. (10) ortalama 55 saat sürdürülen ve başarısız kalan konservatif tedavi sonu 140 hastaya cerrahi girişimde bulundular. Olguların % 23'ünde strangulasyon tipi bir tıkanma da bulunmasına rağmen hiçbir hasta cerrahi tedavi sonrası ölmedi; ancak önemsiz komplikasyonlar görüldü. Seror ve ark. (3) konservatif tedavinin

başarısız sayıldığı 80 hastada geç cerrahi girişim yaptılar. 33 olguda strangulasyon da vardı. Bunlarda mortalite oldu ki bu oran acil cerrahi girişim uygulananlardaki ölüm oranına benzerdi. Serimizde konservatif tedavinin başarısızlığı nedeniyle 25 hasta geç dönemde cerrahi tedaviye alınmıştır. Üç olguda strangulasyon tipi tıkanma olduğu da görülmüştür. Ancak hastalardan hiçbirini kaybedilmemiş; üç olguda (enterokutan fistül, yara enfeksiyonu) komplikasyon gelişmiştir (Tablo 5).

Konservatif tedaviden sonra mekanik barsak tıkanması nüksü ne kadardır? Bu konuda yeterli kadar veri yoktur. Yakın bir zaman önce yayımlanan Barkan ve ark. (16) çalışmasında cerrahi ve konservatif yöntemle tedavi edilen hastalarda 10 yıl sonraki nüks oranı % 46 ve % 55 olarak rapor edilmiştir. Cerrahi ve konservatif yöntemler arasındaki nüks farkı anlamsız düzeydedir. Araştırmacılar, konservatif tedavi sonrası görülen nükslerin çoğunluğunun ilk iki yıl içinde ortaya çıktığını da kaydetmişlerdir. Landercasper ve ark. ise (17) barsak tıkanması nüksünü konservatif tedavi sonrası %50; cerrahi tedavi sonrası % 30 olarak bildirmişlerdir. Bizim serimizde nüks oranı % 29.0'dır. İzlem süresi arttıkça nüks oranının artması muhtemeldir.

Sonuç olarak, ameliyat sonrası karın içi yapışıklıklara bağlı olarak gelişen, strangulasyon bulunmayan mekanik ince barsak tıkanmalarında, konservatif tedavi ile olguların en azından %70'inde başarılı sonuç alınabilmektedir. İnkomples tıkanmada ve ameliyat sonrası erken dönem adezyona bağlı tıkanmada başarı oranı daha da artmaktadır.

KAYNAKLAR

1. McEntee C, Pendr D, Mulvin D et al: Current spectrum of intestinal obstruction. *Br J Surg* 1987;74:976-80.
2. Mucha P: Small intestinal obstruction. *Surg Clin North Amer* 1987;67:597-620.
3. Seror D, Feigin E, Szold A et al: How conservatively can postoperative small bowel obstruction be treated? *Am J Surg* 1993;165:121-5.
4. Peetz D, Gamelli RL, Pilcher DB: Intestinal intubation in acute mechanical small bowel obstruction. *Arch Surg* 1982;117:334-6.
5. Fleshner PR, Siegman MC, Slater GI et al: A prospective randomized trial of short versus long tubes in adhesive small bowel obstruction. *Am J Surg* 1995;170:366-70.
6. Pickleman J, Lee RM: The management of patients with suspected early postoperative small bowel obstruction. *Ann Surg* 1989;210:216-9.

7. Quatromoni JC, Rosoff L, Halls JM, Yellin AE: Early postoperative small bowel obstruction. *Ann Surg* 1980;191:72-4.
8. Brolin RE: Partial small bowel obstruction. *Surgery* 1984;95:145-9.
9. Bizer LS, Liebling RW, Delany HM, Gliedman ML: Small bowel obstruction. *Surgery* 1981;89:407-13.
10. Tanphiphat C, Chittmittrapap S, Prasopsunti K: Adhesive small bowel obstruction A review of 321 cases in a Thai hospital. *Am J Surg* 1987;154:283-7.
11. Wolfson PJ, Bauer JJ, Gelernt IM et al: Use of the long tube in the management of patients with small intestinal obstruction due to adhesions. *Arch surg* 1985;120:1001-6.
12. Shatila AH, Chamberlain BE, Webb WS: Current status of diagnosis and management of strangulation obstruction of the small bowel. *Am J Surg* 1976;132:299-303.
13. Stewardson RH, Bombeck TC, Nyhus LM: Critical operative management of small bowel obstructions. *Ann Surg* 1978;187:189-93.
14. Sarr MC, Bulkley GB, Zuidema GD: Preoperative recognition of intestinal strangulation obstruction. *Am J Surg* 1983;145:176-81.
15. Hofstetter SR: Acute adhesive obstruction of the small intestine. *Surg Gynec Obstet* 1981;152:141-4.
16. Barkan H, Webster S, Ozeran S: Factors predicting the recurrence of adhesive small bowel obstructions. *Am J Surg* 1995;170:361-5.
17. Landercasper J, Cogbill TH, Merry WH et al: Long-term outcome after hospitalization for small bowel obstruction. *Arch Surg* 1993; 128: 765-71.

YAZIřMA ADRESİ:

Dr. Mustafa TİRELİ
Kıbrıs Şehitleri Cad. No:20
D: 403 Alsancak, İZMİR