



## Karın İçi Yapışıklıklara Bağlı İnce Barsak Tıkanmalarında Konservatif Yaklaşımın Rolü ve Süresi

Refik AYTEN<sup>1</sup>  
Erhan AYGEN<sup>1</sup>  
Nurullah BÜLBÜLLER<sup>2</sup>  
Murat BAŞBUĞ<sup>1</sup>  
Hacı Ahmet BAKTİR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi  
Anabilim Dalı,  
Elazığ, TÜRKİYE

<sup>2</sup>Antalya Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Genel Cerrahi Kliniği,  
Antalya, TÜRKİYE

Ameliyat sonrası yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanmalarında konservatif tedavisinin ne kadar süreyle tolere edilebileceğinin ortaya konması amaçlandı. Fırat Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 2002-2007 tarihleri arasında karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak yapışıklıkları olan 106 hasta retrospektif olarak irdelendi. Bu çalışmada toplam 143 başvuru değerlendirildi. Bu başvuruların yüz üçünde konservatif tedavi uygulandı. Medikal tedavi ile takip süresi ortalama 6,8 gün iken cerrahi uygulanan hastalarda 4,2 gün idi. Ateş ve 15.000 üzeri beyaz küre varlığı intestinal komplikasyonlarla birliktelik gösteriyordu. Ameliyat sonrası gelişen karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanmalarında bir haftalık medikal tedavi tolere edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyat sonrası karın içi yapışıklıklar, ince barsak tıkanmaları konservatif tedavi.

### The Role and Period of Conservative Treatment in Postoperative Small Bowel Obstruction Due to Intra-abdominal Adhesions

It was aimed to reveal the tolerability period of conservative treatment in patients with postoperative small bowel obstruction due to adhesions. Between 2002 and 2007, a total of 106 patients presented to Fırat University, Department of General Surgery due to intra-abdominal adhesions with small bowel adhesions were retrospectively evaluated. A total of 143 administrations were evaluated in this study. Hundred and three patients underwent conservative treatment. The mean durations of follow-up with medical and surgical treatments were 6.8 and 4.2 days, respectively. Fever and white blood cell count  $\geq 15.000$  was accompanied with intestinal complications. A one-week medical treatment for postoperative intra-abdominal adhesions due to small bowel obstruction can be tolerated.

**Key Words:** Postoperative intra-abdominal adhesions, conservative treatment in small bowel obstruction.

### Giriş

Karın ameliyatları sonrası oluşan yapışıklıklar yetişkinlerde sık karşılaşılan problemlerdendir. İnce barsak tıkanmalarının en sık nedenini karın içi yapışıklıklar oluşturmaktadır (1-3). İnce barsaktaki tıkanmalar sonucu hayatı tehdit eden komplikasyonlar gözlenebilir. Tedavide konservatif veya cerrahi yaklaşım ile konservatif tedavinin süresi konusunda tartışmalar devam etmektedir. Bazı ötürler, ince barsaklardaki tıkanmalarının tedavisinin gecikmesiyle oluşacak sekellerin önlenmesi için erken cerrahi girişimi önermektedirler (4-6). Diğer taraftan bazı yazarlar ise erken cerrahinin yeni yapışıklıklara ve gereksiz laparotomiler neden olabilmesi nedeniyle konservatif yaklaşımı önermektedirler (7-9). Bu çalışmada konservatif tedavide maksimum takip süresini belirlemeyi planladık.

### Gereç ve Yöntem

Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi Genel Cerrahi Kliniğine Ocak 2002 - Haziran 2007 tarihleri arasında, ameliyat sonrası yapışıklıklar nedeniyle ince barsak tıkanması tanısı alan 106 hasta çalışmaya alındı. Hastalar hakkındaki bilgiler özel hazırlanmış hastalık takip formlarından retrospektif olarak tarandı. Ameliyat sonrası karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanması tanısı: 1- laparotomi hikayesi, 2- mekanik ince barsak tıkanma bulguları; karın ağrısı, bulantı, kusma, karında şişkinlik, gaz - gaita çıkaramama, 3- ayakta direk karın grafisinde ince barsak tıkanmasına ait hava sıvı seviyeleri, ve 4- diğer olası tanıların radyolojik olarak ekarte edilmesiyle kondu. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, birincil ameliyatları, ince barsak tıkanması nedeniyle kaçınıcı kez yatırıldıkları, takip süreleri, ameliyat bulguları, beyaz küre değerleri kayıt edildi. Medikal tedavide oral alım kesilerek nazogastrik dekompresyon ve intravenöz sıvı

Geliş Tarihi : 12.02.2010  
Kabul Tarihi : 02.03.2010

### Yazışma Adresi Correspondence

Murat BAŞBUĞ  
Fırat Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi,  
Genel Cerrahi  
Anabilim Dalı,  
Elazığ-TÜRKİYE

basbugmurat@hotmail.com

replasman tedavisi yapıldı ve günlük ayakta direk karın grafileri çekildi. Cerrahi tedavide; basit tıkanmalarda yapışıklıklar açıldı, strangülasyonlu tıkanmalarda ise ilgili segment rezeke edildi ve yapışıklıklar giderildi.

### Bulgular

Çalışma periyodunda yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanması olan 106 hasta takip edildi. Hastaların 45'i (%42,4) kadın 61'i (%57,6) erkek idi. Ortalama yaş 50,1 (18-85) idi. Birincil ameliyatlarda değerlendirildiğinde 30 hasta apendektomi, 12 kolon rektum, 21 mide duodenum, 25 hasta ince barsak, 16 hastada ise safra kesesi ve yolları ile ilgili ameliyatlara geçirmişlerdi.

Yüz altı hasta 143 kez karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanması nedeniyle takip edildi. Birincil ameliyat ile karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanıklığı oluşma süreleri farklılıklar göstermekteydi (1 hafta ile 15 yıl). Medikal olarak tedavi edilen 66 hastanın (103 yatış) ortalama takip süreleri 6,8 (2-13) iken ameliyat edilen 40 hastanın takip süresi ortalama 4,2 (1-13) gün idi. Medikal tedavi edilen ve ameliyat yapılan hastaların bulguları Tablo 1'de gösterildi.

**Tablo 1.** Karın İçi Yapışıklıklara Bağlı Gelişen İnce Barsak Tıkanmalarında Medikal ve Cerrahi Tedavi Edilen Hastaların Yatış Bulguları.

	Medikal tedavi gören hastalar n=66 (%62,3)	Cerrahi tedavi gören hastalar n=40 (%37,7)
Birincil ameliyat kesi bölgesi		
Üst karın	25 (%38)	16 (%40)
Alt karın	41 (%62)	24 (%60)
Ameliyat öncesi bulgular		
Ateş 38°C ve üzeri	21 (%20)	27 (%67)
Taşikardi	43 (%42)	31 (%77)
Beyaz küre 15000/mm <sup>3</sup> ve üzeri	51 (%49)	29 (%72)
Prerenal azotemi	15 (%14)	13 (%32)
Amilaz yüksekliği	18 (%17)	12 (%30)

### Kaynaklar

1. Füzun M, Kaymak MFE, Harmancıoğlu Ö, Astarıcıoğlu K. Principal causes of mechanical bowel obstruction in surgically treated adults in Western Turkey. Br J Surg 1991; 78: 202-203.
2. Lee SH, Ong ETL. Changing pattern of intestinal obstruction in Malaysia: a review of 100 consecutive cases. Br J Surg 1991; 78: 181-182.
3. McEntee G, Pender GMD, Mulvin D, et al. Current spectrum of intestinal obstruction. Br J Surg 1987; 74: 976-980.

### Tartışma

Karın içi yapışıklıkları oluşması, anastomoz hattındaki kaçakların ve karın içi inflamatuvar olayların sınırlandırılmasında faydalı olabilmekte fakat diğer taraftan ince barsak tıkanması gibi major morbiditelere yol açabilmektedir (10-13). Laparotomi yapılan hastaların %6-11'inde karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanmaları gelişebilir (9). Bu yapışıklıklar birincil ameliyat sonrası erken veya geç dönemde gelişebilir (14, 15). Bu çalışmamızda karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanması birincil ameliyatlarda sonrası bir hafta ile 15 yıl arasında değişmekte idi. Karın kesileri değerlendirildiğinde karın alt bölge kesileri sonrası karın içi yapışıklıklar daha sık izlenmektedir. Bu çalışmamızda % 63 oranında karın alt bölge kesileri mevcut idi.

Karın içi yapışıklıklara bağlı gelişen ince barsak tıkanmalarında ideal tedavi yaklaşımı halen tartışmalıdır (6, 9). İnce barsak tıkanmalarının kendiliğinden gerileyebileceğini veya cerrahi gerekliliği ortaya koyabilmek için güvenilir klinik belirteçler yoktur. Ateş, beyaz küre yüksekliği ve peritonit bulguları yokluğunda cerrahi gerekliliği ve medikal takip süresi konusunda zorluklar olmaktadır (14-19).

Konservatif tedavi ile karın içi yapışıklıklara bağlı ince barsak tıkanmalarının spontan iyileşmesi %20 ile %60 arasında değişmektedir (7, 8, 14). Bazı yazarlar gözlem sürecini 24-48 saat ile (4, 5) sınırlı tutmakla birlikte 5 güne kadar takip süreleri de tavsiye edilmektedir (20, 21). Bizim serimizde medikal tedavi ile spontan gerileme süreci ortalama 6.8 gün idi.

Medikal tedavi sonrasında spontan remisyon olması durumunda da karın içi yapışıklıklar ve muhtemel ince barsak tıkanma epizodları riski devam etmektedir (14, 15). Karın içi yapışıklıkların ameliyat ile ortadan kaldırılmasının (adesiolisis) faydaları net değildir ve ek olarak laparotomi yapılması karın içi yapışıklıkları artırmaktadır (12-15). Cerrahi uygulaması medikal tedaviye göre daha pahalı bir yöntemdir (22-24). Bu çalışmada cerrahi ve medikal tedavi uygulamalarının maliyet hesabı yapılmadı.

Sonuç olarak peritonit bulguları, ateş ve lökositozu olmayan hastalarda 7 güne kadar medikal tedavi güvenli bir yaklaşımdır.

4. Otamiri T, Sjudahl R, Ihse I. Intestinal obstruction with strangulation of the small bowel. Acta Chir Scand 1987; 153: 307-310.
5. Sosa J, Gardner B. Management of patients diagnosed as acute intestinal obstruction secondary to adhesions. Am Surg 1993; 59: 125-128.
6. Mucha PJ. Small bowel obstruction. Surg Clin North Am 1987; 67: 597-620.
7. Wolfson PJ, Bauer JJ, Gelernt IM, Kreel I, Aufses AH Jr. Use of the long tube in the management of patients with small-intestinal obstruction due to adhesions. Arch Surg 1985; 120: 1001-1006.

8. Brolin RE, Krasna MJ, Mast BA. Use of tubes and radiographs in the management of small bowel obstruction. *Ann Surg* 1987; 206: 126-133.
9. Bass KN, Jones B, Bulkley GB. Current management of small-bowel obstruction. *Adv Surg* 1997; 31: 1-34.
10. Scott-Coombes DM, Whawell SA, Thompson JN. The operative peritoneal fibrinolytic response to abdominal operation. *Eur J Surg* 1995; 161: 395-399.
11. Holmdahl L, Eriksson E, Eriksson BI, Risberg B. Depression of peritoneal fibrinolysis during operation is a local response to trauma. *Surgery* 1998; 123: 539-544.
12. Holmdahl L, Risberg B. Adhesions: prevention and complications in general surgery. *Eur J Surg* 1997; 163: 169-174.
13. Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M, Reijnen MM, van Goor H. Recent clinical developments in pathophysiology, epidemiology, diagnosis and treatment of intra-abdominal adhesions. *Scand J Gastroenterol* 2000; 232(Suppl): 52-59.
14. Tanphiphat C, Chittmitrapap S, Prasopsunti K. Adhesive small bowel obstruction: a review of 321 cases in a Thai hospital. *Am J Surg* 1987; 145: 283-287.
15. Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, *et al.* Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. *Lancet* 1999; 353: 1476-1480.
16. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1396-1403.
17. Al-Took S, Platt R, Tulandi T. Adhesion-related small-bowel obstruction after gynecologic operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 313-315.
18. Nieuwenhuijzen M, Reijnen MMPJ, Kuijpers JHC, Goor van H. Small bowel obstruction after total or subtotal colectomy: a 10-year retrospective review. *Br J Surg* 1998; 85: 1242-1245.
19. Sarr MG, Bulkley GB, Zuidema GD. Preoperative recognition of intestinal strangulation obstruction: Prospective evaluation of diagnostic capability. *Am J Surg* 1983; 145: 176-181.
20. Hall RI. Adhesive obstruction of the small intestine: a retrospective review. *Br J Clin Pract* 1984; 38: 89-92.
21. Seror D, Feigin E, Szold A, *et al.* How conservatively can postoperative small bowel obstruction be treated? *Am J Surg* 1993; 165: 121-126.
22. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg* 1997; 577(Suppl): 5-9.
23. Menzies D, Parker M, Hoare R, Knight A. Small bowel obstruction due to postoperative adhesions: treatment patterns and associated costs in 110 hospital admissions. *Ann R Coll Surg Engl* 2001; 83: 40-46.
24. Ray NF, Denton WG, Thamer M, Henderson SC, Perry S. Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 1-9.