

ABDOMİNAL HİSTEREKTOMİ OPERASYONU YAPILAN 1000 OLGUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Selçuk Özden*, Baha Oral*, Vedat Dayıcioğlu**

ÖZET

Amaç: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde abdominal histerektomi operasyonu uygulanan 1000 olguyu güncel literatür ışığında irdelemek.

Materyal ve Metod: Çalışma hastanemizde opere edilen 1000 olgu üzerinde retrospektif olarak yapıldı. Olgular, üç grup içinde (abdominal total histerektomi, subtotal histerektomi ve radikal histerektomi) değerlendirilerek farklı uygulamaların (dren, antibiyotik kullanımı vs.) sonuçları irdelendi.

Bulgular: 1000 olgunun 963 üne abdominal total histerektomi, 6 sına subtotal histerektomi ve 31 ine radikal histerektomi uygulandı. Postoperatif febril ve enfeksiyöz morbidite oranları profilaktik antibiyotik kullanan ve kullanmayan olgular arasında farklı değil iken ($p>0.05$); dren kullanılan olgularda enfeksiyöz morbidite oranı kullanılmayanlardan yüksek idi (%16 ya karşılık %7.7, $p<0.001$).

Sonuç: Profilaktik antibiyotik kullanımının postoperatif febril ve enfeksiyöz morbiditeyi önlemede faydası yoktur. İyi hemostaz sağlanması ve dren kullanımının asgari tutulması ile postoperatif enfeksiyöz morbidite oranı azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Abdominal histerektomi, Morbidite, Antibiyotik.

A RESROSPECTIVE ANALYSIS OF 1000 CASES OF ABDOMİNAL HYSTERECTOMY

SUMMARY

Objective: The current study was undertaken to review the data records of 1000 women who underwent abdominal hysterectomy at Zeynep Kamil Women's and Children's Hospital in a 2.5 years period.

Material and Methods: A retrospective review of the medical and surgical records of a series of 1000 patients was performed. Demographics, surgical indications, preoperative data, intraperative data and postoperative data were studied. The cases were divided into three as being the abdominal total hysterectomy, the subtotal hysterectomy and radical hysterectomy groups, and the results of different approaches (e.g. antibiotic coverage, use of drains etc.) were evaluated in the light of recent literature.

Results: Of 1000 patients 963 underwent total abdominal hysterectomy, 6 underwent subtotal hysterectomy and 31 underwent radical hysterectomy. There was no difference in febril morbidity between the groups with regard to the use of prophylactic antibiotics ($p>0.05$). However, infectious morbidity was higher in the group in which drains were used (16% vs. 7.7%, $p<0.001$).

Conclusion: Antibiotic prophylaxis has no place in preventing postoperative febril and infectious morbidity. With minimizing the use of drains and proper hemostasis, postoperative infectious morbidity can be reduced.

Key words: Abdominal hysterectomy, Morbidity, Antibiotics.

GİRİŞ ve AMAÇ

Histerektomi, kadınlarda gebelikle ilgili olmayan cerrahi işlemlerin en sık olanıdır. Altmışbeş yaşına kadar Amerikalı kadınların 1/3 ünün bu operasyonu geçirdiği bildirilmiştir (1). Histerektomi birçok klinik durum-

da önerilmekte olup, operasyon kararı yaş, teşhis ve diğer faktörlerce etkilenmektedir (2,3).

Bu çalışmada, 2 yıllık bir dönem içinde opere edilen 1000 olguyu retrospektif olarak değerlendirerek, literatür ışığında irdeledik.

* Zeynep Kamil Hastanesi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği Kadın Hastalıkları ve Doğum Başasıstanı

** Zeynep Kamil Hastanesi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şef

Amacımız, bu olguların endikasyonlarını tanımlamak ve yapılan farklı uygulamaların (profilaktik antibiyotik kullanımı, sütür materyali, farklı cerrahi teknik, kan transfüzyonu, vb.) postoperatif morbiditeye etkisini belirlemektir.

MATERYAL ve METOD

Çalışmamızı, Eylül 1993 ile Nisan 1996 tarihleri arasında hastanemizde abdominal histerektomi operasyonu uygulanan 1000 olgu üzerinde retrospektif olarak yaptık. Bu tarihler arasında abdominal histerektomi operasyonu uygulanan olguların dosyalarını hastanemizin arşivinden elde ederek operasyon öncesi, operasyon sırası ve operasyon sonrası dönemlere ait bilgileri hazırladığımız formlara ayrıntılı olarak kayıt ettikten sonra bilgisayara aktardık. Abdominal histerektomi yapılan olguları, total abdominal histerektomi (TAH), subtotal abdominal histerektomi (STH) ve radikal abdominal histerektomi (RH) olarak üç grup içinde değerlendirdik. Çalışmamıza sadece benign ve malign nedenlerle abdominal histerektomi uygulanan olguları (postpartum histerektomiler dahil) aldık, vaginal ve laparoskopi yardımı ile yapılan histerektomileri çalışma dışı bıraktık.

Olgulardaki operasyon süresi, kullanılan sütür materyali, kan transfüzyonu, profilaktik antibiyotik kullanımı ile postoperatif morbidite arasındaki ilişkiyi araştırdık. Postoperatif febril morbiditeyi, operasyondan sonraki ilk 24 saat dışında, 6 saat ara ile alınan en az iki oral temperatür ölçümünün 38°C den yüksek olması olarak tanımladık. Verilerin analizini SPSS Software istatistik programını kullanarak bilgisayar yardımıyla yaptık. Ortalamalar arasındaki farkın anlamlılık testi için Kikare ve Fisher kesin Kikare testlerini kullandık.

BULGULAR

Bu dönem içinde hastanemizde toplam 1315 olguya histerektomi operasyonu yapıldı; bu olguların 963 üne (%73.2) abdominal

total histerektomi, 6 sına (%0.5) abdominal subtotal histerektomi, 31 ine (%2.4) radikal abdominal histerektomi, 305 ine (%23.1) vaginal total histerektomi ve 10 una (%0.8) LAV (Laparoscopy assisted vaginal hysterectomy) uygulandı.

Abdominal histerektomi uygulanan toplam 1000 olgunun 8 i (%0.8) acil ve 992 si (%99.2) elektif koşullarda opere edildiler. Acil olarak opere edilen 8 olgunun hepsinde obstetrik endikasyon söz konusuydu (4 olgu kontrol edilemeyen postpartum kanama, 1 olgu uterus rüptürü, 1 olgu uterus inversiyonu, 1 olgu septik abortus ve 1 olgu ektopik gebelik) (Tablo 1).

En sık preoperatif tanı uterus kaynaklı benign hastalık ve semptomlar olup (%92.1); bunu sırası ile neoplastik hastalıklar (%7.5), tuba ve overin uterusu atake etmeyen nonneoplastik hastalıkları (%0.6), izlemekte idi. En sık histerektomi nedenimiz myoma uteri (%80.2) idi (Tablo 1).

Tablo 1. Preoperatif tanılar

Tanı	n	%
Uterin Kaynaklı Benign Hastalıklar	919	91.9
- Disfonksiyonel Uterin Kanama	987	9.8
- Adenomyozis	8	0.8
- Vajinal Relaksasyon	3	0.3
- Myoma uteri	802	80.2
- Obstetrik edikasyonlar	8	0.8
- Postpartum hemoraji	4	0.4
- Uterin rüptür	1	0.1
- Uterin inversiyon	1	0.1
- Ektopik gebelik	1	0.1
- Septik abortus	1	0.1
Neoplastik Hastalıklar	75	7.5
- CIN3	1	0.1
- Serviks Ca	13	1.3
- Endometrium Ca	20	0.2
- Endometrial adenomatöz Hiperplazi	15	1.5
- Tuba-Over neoplazileri	25	2.5
- Gestasyonel Trofoblastik Neoplazi	1	0.1
Tuba ve overlerin nonneoplastik Hastalıkları	6	0.6
- PID	4	0.4
- Endometriozis	2	0.2

Neoplastik hastalık nedeni ile opere edilen 75 olgudan 31 ine (serviks Ca lı 13, endometrium Ca lı 14, over tümörlü 4 olguya) RH,

Tablo 2: Operasyon şekillerinin yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
25-29	6	66.7	0	0.0	3	33.3
30-34	25	100.0	0	0.0	0	0.0
35-39	115	98.3	2	1.7	0	0.0
40-44	292	98.0	2	0.7	4	1.3
45-49	300	97.4	2	0.6	6	1.9
50-54	157	96.3	0	0.0	6	3.7
55-59	31	86.1	0	0.0	5	13.9
60-64	19	79.2	0	0.0	5	20.8
≥65	18	90.0	0	0.0	2	100.0

44 üne (endometrium Ca lı 20 olgudan 6 sına, over tümörlü 25 olgudan 21 ine ve gestasyonel trofoblastik neoplazili 1 olguya) TAH yapıldı. Histopatolojik sonuç, over tümörlü olguların 4 ünde, endometrium ve serviks Ca lı olguların hepsinde malign idi (toplam 54 olgu). Gestasyonel trofoblastik neoplazi nedeni ile opere edilen olgunun histopatolojik sonucu mol hidatiform idi. Uterin orijinli benign hastalıklara ve tuba-overlerin nonneoplastik hastalıklarına bağlı olarak opere edilen olguların hepsinin histopatolojik sonuçları benign idi.

TAH lerin %89.7 sinde (864 olgu), STHlerin %83.3 ünde (5 olgu) ve RH lerin %3.2 inde (1 olgu) Pfannenstiel insizyon tercih edildi. RH lerin %90.3 ünde (28 olgu) göbek altı meydana, %6.5 inde (2 olgu) Maylard insizyon ve %3.2 sinde (1 olgu) Pfannenstiel insizyon tercih edildi (Tablo 3). Maylard insizyonu ile TAH yapılan 3 olguda Marshall Marchetti Krantz ve 19 olguda Burch yöntemi ile üreteropeksi operasyonu da yapıldı; diğer 13 olguda ise myom kitlesinin büyük olması nedeni ile bu insizyon tercih edildi.

TAH uygulanan olguların 864 ü (%89.6) 35-59 yaş arasında iken RH uygulanan 31 ol-

Tablo 3: İnsizyon şekilleri

İnsizyon	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
Pfannenstiel	864	89.7	5	83.3	1	3.2
Median	64	6.6	1	16.7	28	90.3
Maylard	35	3.6	0	0.0	2	6.5

gunun 26 sı (%83.9) 40-64 yaşları arasında idi (Tablo 2) TAH ve STH yapılan olgularımızdaki ooforektomi oranlarımız yaş gruplarına göre farklılık göstermekte idi. 45 yaşın altındaki 442 olgumuzdan 147 ine (%33.2) ooforektomi yapıldı. 45 yaşın altındaki BSO ve USO oranlarımız sırası ile %17.4 (442 olgunun 77 si) ve % 15.8 (442 olgunun 70 i) iken; aynı oranlar 45 yaş üstü olgularımızda sırası ile %99.6 (527 olgunun 525 i) ve %0.4 (527 olgunun 2 si) idi. 55-59 ve ≥65 yaş gruplarındaki birer olguya daha önce USO yapılmış olduğundan TAH sırasında USO yapıldı. Radikal histerektomi yapılan olgularımızda ise ooforektomi oranımız %100 idi ve yaş gruplarına göre farklılık yoktu (Tablo 4).

TAH yapılan olguların %99 unda (953 olgu) vagina kafi kapatıldı, % 1 inde (10 olgu) açık bırakıldı. RH lerin ise hepsinde vagina kafi kapatıldı. En sık kullanılan vagina kafi kapatma tekniği, her üç operasyon şeklinde de kesintili mattress tekniği idi (Tablo 5). TAH yapılan 738 (%76.6) olguda, RH yapılan 27 olguda (%87.1) ve STH yapılan 6 olguda (%100) vagina kafi ve servikal stumpf (STH lerde) kromik katgüt ile kapatıldı. TAH yapılan olguların %60.6 sinda operasyon süresi ≤ 1.5 saat iken; RH lerin %54.8 inde 2.5-4 saat arasında idi (Tablo 6). operasyon süresi <1.5 saat, 1.5-2.5 saat, 2.5-4 saat ve >4 saat olan olguların sırası ile %8.5 (50 olgu), %9.6 (32 olgu), %9.2 (6 olgu) ve %7.7 (1 olgu) sinde postoperatif enfeksiyöz morbidite gelişti (Ki-kare, p>0.05).

Fasiya kapatılmasında, RH lerin ve STH lerin hepsinde ve TAH lerin %86.3 ünde (831 olgu) sentetik geç absorbl sütür materyali kullanıldı; TAH yapılan diğer 132 olguda ise (%13.7) kromik katgüt kullanıldı.

Dren kullanım oranları TAH, STH ve RH olgularında sırası ile %12.1 (117 olgu), %33.3 (2 olgu) ve %86.6 (25 olgu) idi.

Dren kullanılan 144 olgunun 11 inde (%7.6) ve kullanılmayan 856 olgunun 55 inde (%6.4) postoperatif febril morbidite gelişti (p>0.05, Ki-kare).

Dren kullanılan 23 olguda (%16) ve kulla-

Tablo 4: Farklı histerektomi şekillerinde BSO ve USO nun yaş gruplarındaki sıklıkları.

Yaş	TAH				STH				STH			
	BSO		USO		BSO		USO		BSO		USO	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
25-29	0	0.0	1	0.0	-	-	-	-	1	100.0	0	0.0
30-34	4	16.0	3	12.0	-	-	-	-	-	-	-	-
35-39	21	18.3	14	12.2	0	0.0	1	16.7	-	-	-	-
40-44	50	17.1	51	17.5	2	100.0	0	0.0	4	100.0	0	0.0
45-49	300	100.0	0	0.0	2	100.0	0	0.0	6	100.0	0	0.0
50-54	157	100.0	0	0.0	-	-	-	-	6	100.0	0	0.0
55-59	30	96.8	1	3.2	-	-	-	-	5	100.0	0	0.0
60-64	19	100.0	0	0.0	-	-	-	-	6	100.0	0	0.0
≥ 65	17	94	1	5.5	-	-	-	-	3	100.0	0	0.0

nılmayan 66 olguda (%7.7) enfeksiyöz morbidite oluştu ($p < 0.001$, Ki-kare). Dren kullanan olgulardan enfeksiyöz morbidite gelişenlerin 9 unda (%43.4) sebep geç yara enfeksiyonu idi.

Parietal ve viseral peritonizasyon işlemi STH ve RH olgularının hepsinde, TAH olguların ise %99.2 inde yapıldı; TAH yapılan diğer 8 olguda (%0.8) ise yapılmadı.

Olgularımızın 672 inde profilaktik, 145 inde terapötik, 137 sinde profilaktik ve terapötik amaçla antibiyotik kullanıldı; 46 olguda hiç antibiyotik kullanılmadı. Profilaktik olarak 716 olguda sefalosporin, 93 olguda penisilin grubu antibiyotikler tercih edildi. Terapötik antibiyotik kullanılan olguların 43 ünde penisilin, 174 ünde sefalosporin, 3 ünde aminoglikozid, 2 sinde linkozamid, 16 sında penisilin+gentamisin, 28 inde penisilin + gentamisin + klindamisin, 5 inde gentamisin+klindamisin ve 11 inde sefalosporin + metronidazol kullanıldı.

Hiçbir olgumuzda peroperatif cerrahi ve anestezi komplikasyonu oluşmadı.

Olgularımızın %6.9 unda febril morbidite ve %8.8 inde enfeksiyöz morbidite oluştu.

Tablo 5: Kaf kapatma tekniği

Teknik	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
Kesintili Matress	898	93.3	6	100.0	23	74.2
Kontinü Kilitemeli	57	5.9	0	0.0	8	25.8
Lembert	8	0.8	0	0.0	0	0.0

Enfeksiyöz morbiditenin en önemli nedeni tromboflebit idi (tüm olguların %2.7 si); diğer nedenler sırası ile yara enfeksiyonu (%2.6) ve üriner enfeksiyon (%1.6) idi. Vaginal kaf absesi, adneksial abse, nekrotizan fasiit, evise-rasyon, transfüzyon reaksiyonu, osteomyelitis pubis kayıdına rastlanmadı. Adenomatöz hiperplazi ve myoma uteri tanıları ile TAH + BSO yapılan 49 yaşında bir olgumuz akciğer embolisi nedeni ile postoperatif 1 inci gün exitus oldu (Tablo 7).

İlginç olarak postoperatif febril ve enfeksiyöz morbiditenin tamamı antibiyotik profilaksisi uyguladığımız olgularda oluştu. Antibiyotik profilaksisi uygulanamayan 46 olgunun ise hiçbirinde febril ve enfeksiyöz morbidite oluşmamış iken profilaksi uygulanan 954 olgunun 66 ında (%6.9) febril ve 89 unda (%9.3) enfeksiyöz morbidite oluştu (p değerleri sırası ile < 0.04 ve < 0.01 , Fisher exact chi-square).

Tablo 8 ve 9 da olguların pre ve postoperatif hospitalizasyon süreleri görülmektedir. Preoperatif hospitalizasyon süresi ile enfeksiyöz morbidite gelişimi arasında istatistiksel ilişki saptanmadı. TAH uygulanan olgu-

Tablo 6: Operasyon süreleri

Süre (saat)	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
≤1.5	583	60.6	2	33.3	2	6.5
1.5-2.5	328	34.1	3	50.0	3	9.7
2.5-4	47	4.9	1	16.7	17	54.8
≥4	4	0.4	0	0.0	9	29.0

Tablo 7: Postoperatif komplikasyonlar

Komplikasyon	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
Febril morbidite	68	7.1	0	0.0	1	3.2
Enfeksiyöz morbidite	85	8.9	1	16.7	3	9.7
- Pelvik sellülit	1	0.1	0	0.0	0	0.0
- Tromboflebit	26	2.7	0	0.0	1	3.2
- Üriner Enfeksiyon	15	1.6	0	0.0	0	0.0
- ÜSYE	20	2.1	0	0.0	0	0.0
-İnsizyonel yara enfeksiyonu	23	2.4	1	16.7	2	6.4
Erken	3	0.3	0	0.0	0	0.0
Geç	20	2.1	1	16.7	2	6.4
Exitus	1	0.1	0	0.0	0	0.0

Tablo 8: Preoperatif hospitalizasyon süreleri

Süre (Gün)	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
1-3	422	43.8	2	33.3	0	0.0
4-6	302	31.4	2	33.3	5	16.1
≥ 7	239	24.8	2	33.3	26	83.9

lardan preoperatif yatış süreleri 1-3 gün, 4-6 gün ve ≥ 7 gün olan olguların sırası ile 34(%8.1), 28 (%9.3) ve 23 (%9.6) sında postoperatif enfeksiyöz morbidite gelişti (Ki-kare, $p>0.05$). RH yapılan olgulardan preoperatif hospitalizasyon süresi 1-3 gün olan yoktu; preoperatif hospitalizasyon süresi 4-6 gün olan 5 olgunun hiçbirisinde enfeksiyöz morbidite gelişmemiş iken (%0), ≥7 gün olan 26 olgudan 3 ünde (%11.5) enfeksiyöz morbidite oluştu (Fisher kesin ki-kare, $p>0.05$).

Toplam 237 olguya kan transfüzyonu uygulandı (%23.7); transfüzyonları %10.7 i perop., %5.6 sı preop., %3.2 si postop. ve %4.2 si kombine olarak uygulandı (Tablo 10). Kan transfüzyonu uygulanan 237 olgunun 16 sında (%6.8) febril ve 22 inde (%9.3) enfeksiyöz morbidite oluştu; transfüzyon uygulanmayan 763 olgunun ise 50 sinde (%6.6) postoperatif febril ve 67 sinde (%8.8) enfeksiyöz morbidite oluştu (Ki-kare testi, $p>0.05$).

TARTIŞMA

Wilcox LS ve arkadaşları (4), Amerikada 1988-1990 tarihleri arasında histerektomi yapılan 1.7 milyon histerektomi olgusunun retrospektif olarak değerlendirmiş, abdominal histerektomi oranının %75 ve radikal histerektomi oranının %1.3 olduğunu; leomyo-

Tablo 9: Postoperatif hospitalizasyon süreleri

Süre (Gün)	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
1-6	468	48.6	1	16.7	1	3.7
7-10	448	46.5	4	66.7	18	58.1
11-14	27	2.8	0	0.0	7	22.6
15-19	12	1.2	1	16.7	1	3.2
20-24	5	0.5	0	0.0	1	3.2
≥ 25	3	0.3	0	0.0	3	9.7

TABLO 10: Kan transfüzyonlarının uygulanma zamanları

Transfüzyon	TAH		STH		RH	
	n	%	n	%	n	%
Preop	56	5.8	0	0.0	0	0.0
Perop.	93	9.7	2	33.3	12	38.7
Postop.	32	3.3	0	0.0	0	0.0
Kombine	41	4.3	0	0.0	1	3.2

ma bağlı histerektomi oranının 35-44 ve 45-54 yaş gruplarında daha sık (10.000 kadında 19.0) olduğunu ve bunu sırası ile endometriozis, prolapsus ve genital kanserlerin izlediğini saptamışlardır. Abdominal histerektomi uygulanan olgulardaki ooforektomi oranları %60 imiş. Bilateral ooforektomi oranı 44 yaş ve altında %37 iken 45 yaştan sonra %68 imiş. 45 yaşın altında ooforektomi genellikle Ca ya bağlı histerektomilerde (%42), leomyomada (%37), endometrioziste (%52) veya endometrial hiperplazide (%37) yapılmış; 45 yaş üzerinde ise ooforektomi oranları, Ca ya bağlı histerektomilerde %89, leiomyomada %80, endometrioziste %81 ve endometrial hiperplazide %72 imiş (4). Hastanemizde yapılan histerektomilerin %76.7 si total abdominal histerektomi, %23.2 si vaginal histerektomi ve %2.3 ü radikal histerektomidir. Bizim, 45 yaş altındaki olgulardaki ooforektomi oranımız %33.2 olup bu çalışma ile uyumlu olmasına karşılık; 45 yaş üstündeki ooforektomi oranımız çok yüksektir. Over Ca'nın tanısı genellikle ileri safhalarda konulabilen bir malignite olması ve hasta popülasyonumuzun periyodik genital muayene yaptırma olanağı olmayan sosyoekonomik düzeyi düşük insanlardan oluşması dikkate alınırca yüksek ooforektomi oranımız belki haklı görülebilir.

Nathorst-Boos-J, 678 abdominal histerektomi olgusunda en sık operasyon endikasyonunun myoma uteri olduğunu bildirmişlerdir (%79) (5). Bizim de en sık histerektomi endikasyonumuz myoma uteridir (%80.4), bunu disfonksiyonel uterin kanama (%9.8) ve genital neoplastik hastalıklar (%7.3) izlemektedir (Tablo 2).

Finlandiyada histerektomilerin %20 sinin STH olduğu bildirilmiştir (6). Bizim STH oranımız ise %0.6 dır. Bu olgularda teknik güçlük nedeni ile STH uygulanmıştır. Ruoss CF (7), STH'nin operasyon süresini ve hastanede kalış süresini kısalttığını ve bu olgularda seksüel tatminin daha iyi olduğunu bildirmiştir.

Wongsa P ve arkadaşları (8), 1988-92 yılları arasında elektif histerektomi uygulanan 240 kadında myoma uterinin önde gelen endikasyon olduğunu (%47.9), bunu genital prolapsus (%20.4) ve endometriozisin (%14.2) izlediğini, obstetrik ve jinekolojik nedeni histerektomi oranlarının ise %2.0 ve %1.6 olduğunu bildirmişlerdir. Benign overtm.lerinde %8.3 ve disfonksiyonel uterin kanamada %6.3 ve kronik PID de %2.9 oranında da histerektomi uygulamışlar. Bu otörlerin bildirdiği leomyom oranı bizimkine göre düşük olmakla birlikte DUK oranı bizim oranımıza yakın görülmektedir.

TAH uyguladığımız olguların %90.8 inde, radikal histerektomi uyguladığımız olguların ise sadece 1 inde (%3.2) Pfannestiel insizyon kullandık.

Orr ve arkadaşları (9), Pfannenstiel insizyon yapılan olgularda postoperatif komplikasyonların daha az olduğunu ve bu insizyon şeklinin radikal histerektomi ve pelvik lenfadenektomide de güvenle kullanılabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Histerektomi sonrası infeksiyonların sıklıkla kaynağı operasyon yeridir. Postoperatif infeksiyonun major sebepleri olarak kaf ve pelvis sellülitine bağlı oluşan hassasiyeti kesin olarak ayırt etmek güç olabilir (10). Olgularımızdan sadece birine pelvik sellülit tanısı konulmuştu. Bu durum muhtemelen ta-

nı koyulması güç bir durum olmasına bağlıdır (11). Bizim olgularımızın %2.6'ında yara enfeksiyonu enfeksiyöz morbiditeden sorumlu idi. Yara enfeksiyonlarının 3 ü (%0.3) erken ve 23 ü (%2.3) geç yara enfeksiyonu şeklinde idi (Tablo 7). Bu oranlara karşın enfeksiyöz morbiditenin en sık nedeninin yara enfeksiyonu olduğu ve tromboflebit tanısının geniş tutulduğu düşüncesindeyiz. Bu olguların bir kısmında muhtemelen pelvik sellülit söz konusu idi.

Postoperatif febril morbiditeye abdominal ve vaginal histerektomiye takiben sıklıkla rastlanır. Febril morbidite hastanede kalış süresini uzatır. tıbbi maliyetleri artırır. Proflaktik antibiyotiklere rağmen, postoperatif morbidite ve infeksiyon halen devam etmektedir (12).

Tayland'da TAH yapılan 257 olgunun retrospektif değerlendirilmesinde febril ve enfeksiyöz morbidite oranları %35.4 ve %10.1 olarak bildirilmiştir (13).

Olgularımızın %6.9 unda morbidite saptadık. Bu olguların bir kısmının kaf sellülitine bağlı olması muhtemeldir.

Total abdominal histerektomide antibiyotik kullanımını araştıran 25 randomize kontrollü çalışmayı içeren bir metaanalizde, antibiyotik proflaksisi uygulanmayan olguların %21.1 inde ciddi enfeksiyonların oluştuğu; herhangi antibiyotik ile proflaksi uygulanan olgularda ise bu oranın %5.0-9.0 olduğu saptanmıştır. Otörler bu sonuçlara dayanarak, preoperatif antibiyotiklerin total abdominal histerektomiye eşlik eden ciddi enfeksiyonların önlenmesinde çok etkili olduğunu ve rutin olarak kullanılması gerektiğini bildirmişlerdir (14).

Biz ise, ilginç olarak, enfeksiyöz ve febril morbiditenin tamamının antibiyotik proflaksisi uygulanan olgularda oluştuğunu saptadık. Bu oranlarımız literatür ile uyumlu değildir. Prospektif olarak büyük olgu gruplarında yapılmış çalışmaların sonuçları proflaktik antibiyotik kullanımının enfeksiyöz ve febril morbiditeyi azaltmadaki faydasını göstermiştir (15,16). Çalışmamızın retrospek-

tif olması nedeni ile bu sonuçlara bakılarak antibiyotik profilaksisi uygulanmamasının yanlış olacağını düşünüyoruz. Bu konu ile ilgili prospektif ve çift kör olarak yapılacak çalışmalar daha doğru bilgi verebilir.

Jinekolojik radikal cerrahide peritonun sütürler ile kapatılmasının adezyon olgularında postoperatif ateşin çarpıcı olarak düşük oranda olduğu, yara enfeksiyonu olmadığı için postoperatif ileus oluşmadığı saptanmış ve bu nedenle viseral peritonun kapatılmaması önerilmiştir (17). Bizim peritonizasyon uygulama sıklığımız hemen hemen %100 olduğu için istatistiksel bir karşılaştırma yapamadık.

Katgütün yoğun doku reaksiyonuna neden olduğu ve jinekolojik ameliyatlarda rutin olarak kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir (18); ancak, biz, operasyon maliyetini arttırması nedeni ile sentetik geç absorbl sütür materyallerini operasyonun her aşamasında kullanmamaktayız. Bu materyalleri daha çok fasiya ve vaginayı kapatırken tercih etmekteyiz.

237 olgumuza (%23.7) kan transfüzyonu uygulanmıştır. Kan transfüzyonlarının erken ve geç komplikasyonları dikkate alındığında bu oranın daha aşağılara çekilmesinin doğru olacağı söylenebilir. Morrison-JC ve arkadaşları (19), kan ürünü kullanımı konusunda kullanıcı eğitimi sonrası eritrosit süspansiyonu kullanımının %75 ve tüm transfüzyonlarda da %60 azalma olduğunu gözlemlemişlerdir.

Postoperatif febril ve enfeksiyöz morbidite oranları bakımından kan transfüzyonu yapılan ve yapılmayan olgular arasında bir farklılık saptamadık.

Postoperatif febril morbidite gelişme oranımız, dren kullanılan ve kullanılmayan olgularda farklı değil iken; enfeksiyöz morbidite oranımız (özellikle geç yara enfeksiyonu) dren kullanılan olgularımızda daha yüksek idi (%16 ya karşılık %7.7, $p < 0.001$). Bu sonuçta dayanarak, dren kullanımının asgari tutulmasının postoperatif enfeksiyöz morbiditeyi azaltabileceğini söyleyebiliriz. Magee ve

arkadaşları da (20), özellikle subkutanöz dokuya yerleştirilen drenlerin yabancı bir cisim etkisi ile enfeksiyon riskini arttırabileceği görüşündedirler.

Cerrahi yara enfeksiyonlarının önlenmesi için preoperatif hospitalizasyon süresinin mümkün olduğunca kısa olması gerektiği önerilmekte ise de (21); biz, preoperatif hospitalizasyon süresi ile postoperatif enfeksiyöz morbidite gelişimi arasında istatistiksel bir ilişki saptamadık.

SONUÇ

Prolaktik antibiyotik kullanımının postoperatif febril ve enfeksiyöz morbiditeyi önlemede faydasının olmadığını saptadık. Ancak, çalışmamız retrospektif olarak yapıldığı için profilaktik antibiyotik kullanılmamasını önermemiz yanlış olacaktır. Bu konuda karar verilir iken plasebo kontrollü ve çift kör bir çalışmanın sonuçlarının dikkate alınmasının daha uygun olacaktır.

Preoperatif hospitalizasyon süresinin postoperatif febril ve enfeksiyöz morbidite gelişimi ile ilgisi yoktur. İyi hemostaz sağlanması ve dren kullanımının asgari tutulması ile postoperatif enfeksiyöz morbidite oranı azaltılabilir.

KAYNAKLAR

1. Pokras R. Hysterectomy, past, present, and future. *Stat Bull Metrop Insur Co.* 70: 12-21, 1989.
2. Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N. Engl J Med* 328: 856-60, 1993.
3. Bachmann GA. Hysterectomy: A critical review. *J Reprod Med* 35: 839-62, 1990.
4. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol.* 83: 549-55, 1994.
5. Nathorst-Boos-J; Fuchs-T; von-Schoultz-B Consumer's attitude to hysterectomy. The experience of 678 women. *Acta-Obstet-Gynecol-Scand.* 71: 230-4, 1992.
6. Luoto-R; Kaprio-J; Keskimaki-I; Pohjanlahti-JP; Rutanen-EM Incidence, causes and surgical methods for hysterectomy in Finland, 1987-1989. *Int-J-Epidemiol.* 23: 348-58, 1984.

7. Rouss CF. Supravaginal hysterectomy-a less invasive procedure. *J Obstet Gynaecol.* 15: 406-9, 1995.
8. Wongsap. Elective hysterectomy-trends at Angthong Hospital. *J-Med-Assoc-Thai.* 77: 384-7, 1994.
9. Orr JW, Orr PJ, Bolen DD, Holimon JL. Radical hysterectomy: Does the type of incision matter? *Am J Obstet Gynecol* 173: 399-406, 1995.
10. Toglia MR, Pearlman MD. Pelvic fluid collections following hysterectomy and their relation to febrile morbidity. *Obstet Gynecol* 83: 766-70, 1994.
11. Kuhn RLP, de Crespigny LC. Vault haematoma after vaginal hysterectomy: An invariable sequel? *Aus N Z J Obstet Gynaecol* 25: 59-62, 1985.
12. Shapiro M, Schoenbaum SC, Tager TB, Munoz A, Polk BF. Benefit cost analysis of anti-microbial prophylaxis in abdominal and vaginal hysterectomy. *JAMA* 249: 1290-4, 1983.
13. Pothinam-S; Sirianvasatian-P; Lumbiganon-P Febrile and infectious morbidity after abdominal hysterectomy at Srinagarind Hospital. *J-Med-Assoc-Thai.* 750 178-83, 1992.
14. Mittendorf-R; Aronson-MP; Berry-RE; Williams-MA; Kupelnick-B; Klickstein-A; Herbst-AL; Chalmers-TC Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: a meta-analysis of antibiotic prophylaxis (see comments). *Am-J-Obstet-Gynecol.* 169: 1119-24, 1994.
15. Tanos-V; Rojansky-N. Prophylactic antibiotics in abdominal hysterectomy. *J-Am-Coll-Surg.* 179: 593-600, 1994.
16. McGregor-JA; Philips-LE; Roy-S; Dunne-JT; Warwaruk-AS; Johnston-Yuzpe-AA; Hemsell-DL. Results of a double-blind, placebo-controlled clinical trial program of single-dose ceftizoxime versus multiple-dose cefoxitin as prophylaxis for patients undergoing vaginal and abdominal hysterectomy. *J-Am-Coll-Surg.* 178: 123-31, 1994.
17. Nagele-F, Husslein-P (Visceral peritonealization after abdominal hysterectomy-a retrospective pilot study) Zur Frage der inneren Peritonealisierung nach abdominaler Hysterektomie-eine retrospektive Pilotstudie. *Geburs-hilfe-Frauenheilkd.* 51: 925-8, 1991.
18. Dudzinski MR. Wound Healing, surgical instrumentation, and suture material. In Thompson JD, Rock JA (eds): *Te Linde's Operative Gynecology.* Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 209-77, 1992.
19. Morrison-JC; Sumrall-DD; Chevalier-SP; Robinson-SV; Morrison-FS; Wisner-WL. The effect of provider education on blood utilization practices. *Am-J-Obstet-Gynecol.* 169(5): 1240-5 1993 Nov.
20. Magee C, Rodelheaver GT, Golden GT, et al. Potentiation of wound infection by surgical drains. *Am J Surg* 131: 547-1976.
21. Polk HC, Simpson CJ, Simmons BP, et al. Guidelines for prevention of surgical wound infection. *Arch Surg* 118: 1213, 1983.

Yazışma Adresi:

Ethem Efendi Cd., İtir Apt. No: 98 / 15,
81080 Erenköy, İstanbul.
Telefon No: 0216-368 06 52

