

CERRAHİDE ATEŞLİ HASTAYA YAKLAŞIM KURALLARI*

R. Haldun GÜNDOĞDU

Vücudun termoregülasyonu ön hipotalamus tarafından kontrol edilir. Normal vücut ısısı 36.5°C-37°C civarındadır. 38°C üzerindeki vücut ısısı ateş olarak kabul edilir. Ateş inflamasyonun bir göstergesidir, her zaman infeksiyon belirtisi değildir. Cerrahi kliniklerinde görülme oranı % 27-58 arasındadır.

Berberinde başka belirti olmaksızın görülen ve 24 saat süren ateş önemli bir bulgu değildir. Örneğin postoperatif erken dönemde görülen böyle bir ateş, soğuk hastanın overkompensasyonu nedeniyle olabilir. Ancak, birden başlayıp 48 saat süren ateş mutlaka araştırılmalıdır. Erken postoperatif dönemde görülen ateş olgularının 1/3'ünde neden infeksiyondur.

Ateş saptandığında yapılacak ilk iş, nedenin infeksiyöz veya infeksiyon dışı mı olduğunu belirlemektir (Tablo 1). İnfeksiyon dışı nedenlerle oluşan postoperatif ateş çoğunlukla bir kez olur. İlk epizotta dikkatli bir fizik muayene yeterli olur. Başka bir belirti veya bulgu yoksa herhangi bir laboratuvar incelemesine gerek olmaz.

Girişim sonrası ateş

Endoskopik girişimleri takiben ateş görülebilir. Bronkoskopi sonrası ateş % 5 oranında görülebilir. TNF salınımına bağlıdır, infeksiyon enderdir. Mental değişiklikler, hipotansiyon gibi ilerleyen sepsis bulguları olmadıkça kültür ve tedavi gerekmez. ERCP sonrası % 2-3 olguda ateş görülür. Semptomatik tedavi ile kaybolur. İnfeksiyon oranı % 1 dolayındadır. Gastrointestinal endoskopi sonrasında ateş çok nadirdir.

Hemodiyalizi takiben olan ateşin nedeni genellikle diyaliz ekipmanının endotoksin kontaminasyonudur. Bazen bakteremi de görülebilir. Kan kültürü alınmalı, toksisite düşünülüyorsa diyaliz kesilmeli, geniş spektrumlu (Gram negatif ve pozitif bakterilere etkili) antibiyotikler empirik olarak başlanmalıdır.

Kan transfüzyonları sırasında noninfektif immün yanıt reaksiyonu olarak ateş görülebilir. Çoğunlukla transfüzyona ara vermek yeterli olur. Nadiren kesmek gerekebilir.

Malign hipertermi

İlk kez 1960 yılında tanımlanan nadir bir genel anestezi komplikasyonudur. Görülme sıklığı 1/100,000 olarak tahmin edilmektedir. Süksinilkolin veya halotan gibi bir anestezi ajanının verilmesinden sonra vücut ısısının aniden ve hızla yükselmesiyle kendini gösterir. Hızla metabolik asidoz ve elektrolit dengesizliği (hiperkalsemiye bağlı) gelişir. Sonuçta 42°C civarında ateş, oksijen desaturasyonu, hiperkapni ve

kardiyak disritminin hakim olduğu bir tablo görülür.

Riskli hastaların saptanması korunmada en güvenilir yoldur. Ancak, görüldüğünde yapılması gereken IV olarak 1 mg/kg dantrolen verilmesidir. Gerekirse, total doz 10 mg/kg kadar tekrarlanabilir. Asidozun düzeltilmesi, % 100 oksijenle pozitif basınçlı ventilasyon, elektrolit balansının sağlanması ve soğutucu blanketlerin uygulanması hemen yapılması gerekenler arasındadır.

İnfeksiyon dışı nedenlerle oluşan ateş araştırılırken en kolay gözden kaçan ilaç ateşidir (Tablo 2). Hastanın kullandığı ilaçlar gözden geçirilerek rahatlıkla saptanabilir.

İlk 24 saat ateşi

Bu dönemde görülen ateşin en sık nedenleri atelektazi ve pulmoner sekresyonların iyi temizlenmemesidir. Pirojenik serumlar ve hidrasyondaki dengesizlikler de ateşe neden olur. Akciğerleri dinlemek ve pulmoner sekresyonları temizlemek ilk yapılması gerekenlerdir. Akciğer grafisinin rutin olarak çekilmesine gerek yoktur. Atelektazi bulguları varsa çekmek gerekir. Laboratuvar testlerine gerek olmaz. BK postoperatif dönemde yüksek olacağından ek bilgi vermez. Sistemik semptomlar yoksa kan, idrar, balgam, kateter kültürleri gereksizdir. Eski takılmış kateterlerin giriş yerlerinin gözlenmesi doğru olur.

24-48 saat ateşi

Bu dönemde görülen ateş çoğunlukla akciğer komplikasyonlarıyla ilgilidir. Kateterle ilişkili problemler, genellikle preoperatif veya intraoperatif yerleştirilen kateterlere bağlı olur. Kateterlerin septik komplikasyonu sonucu görülen ateş hiçbir zaman normal düzeye inmez. Selülit, nekrotizan fasiit veya klostridyal miyozitin ayırıcı tanısı için yara yeri dikkatle muayene edilmelidir.

48-72 saat ateşi

Hiç ateşi olmamış bir hastanın bu dönemde ateşinin yükselmesi önemli bir komplikasyonun belirtisidir. Akciğerleri dinlemek ve şüphe varsa grafi çekirmek gerekir. BK, periferik kan örneğinden yayma, idrar tahlili hemen yapılmalıdır. Kan, idrar ve balgam kültürleri için örnek gönderilmeli, yara yeri, üriner sistem ve kateter giriş yerleri kontrol edilmelidir. Tromboflebit olasılığını ayırtmak için dikkatli bir muayeneye gerek vardır. Bu arada ateş düşürülmeli ve tekrar yükselmesi halinde tercihen 2. kuşak sefalosporin ile antibiyotik başlanmalıdır.

72 saatten sonraki ateş

Üçüncü günden sonra görülen ateşin en sık nedeni yara

* 18. ANKEM Klinikler ve Tıp Bilimleri Kongresi, Kahvaltılı Oturum 4 toplantısının özet metni (25-29 Mayıs 2003, Antalya).

Dr. M. Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği, Balgat, Ankara.

Tablo 1. Cerrahi hastada ateş nedenleri.

İnfeksiyöz	İnfeksiyon dışı
• Abse	• Akut gut
• Akut kolesistit	• Adrenal yetersizliği
• Akut sinüzit	• Atelektazi
• Bakteremi	• Dehidratasyon
• Endokardit	• Girişimler sonrası
• Farenjit	• İlaç ateşi
• Greft infeksiyonu	• Kafa travması
• Herpes infeksiyonları	• Malignite
• İnfeksiyöz diyare	• Miyokard infarktüsü
• Parotit	• Pankreatit
• Pnömoni	• Pulmoner emboli
• Tromboflebit	• SIRS
• Üriner infeksiyon	• Tirotoksikoz
• Yara infeksiyonu	• Transfüzyon reaksiyonu

Tablo 2. Ateş yapabilen ilaçlar.

Sık olarak:	Amfoterisin Sefalosporinler Penisilinler Fenitoin Prokainamid Klinidin
Seyrek olarak:	Simetidin Hidralazin Streptokinaz Vankomisin

infeksiyonudur. Beraberinde klinik bulgular, özellikle ağrı vardır. İdrar kateteri olan hastalarda daha çok görülebilen üriner sistem infeksiyonları yönünden araştırılmalıdır. Dikkatli bir sistemik muayene ile birlikte akciğer grafisi çekilmeli, rutin kan biyokimyası ile BK, CRP, sedimentasyon bakılmalıdır. Muayene bulguları yönlendirmiyorsa ve yapılan ameliyat karın ile ilgiliyse ultrasonografiye gerek vardır. Ateş düşürülmeli ve tekrarlayan veya uzayan ateş için ampirik olarak 2. kuşak sefalosporin başlanmalıdır. Tromboflebit için en riskli dönem olduğundan özellikle risk faktörü yüksek hastalarda dikkatli olunmalıdır.

Daha az görülen nedenlerden pnömoni, akut kolesistit (özellikle immobil veya fazla miktarda kan transfüzyonu yapılan hastalarda akalküloz kolesistit), idiyomatik postoperatif pankreatit, ilaç allerjileri gözden kaçırılmamalıdır.

İmmünsüprese hastalarda nozokomiyal infeksiyonların çok kolay gelişebileceği unutulmamalıdır.

Bir hafta sonra görülen ateş eğer ilaç allerjisine bağlı değilse daima çok ciddi bir komplikasyonun habercisidir. Bu dönemdeki infeksiyonlar derin bir yara infeksiyonu, karın içi abse veya anastomoz kaçağına bağlı olabilir.