

JİNEKOLOJİK AMELİYATLARDA PEROPERATİF OLARAK PROFİLAKTİK ANTİBİYOTİK GEREKLİ Mİ?

Sinan BERKMAN, Hayri ERMİŞ, Lemi İBRAHİMOĞLU, Oğuz YÜCEL

ÖZET

Kliniğimizde gerçekleştirilen çeşitli jinekolojik operasyonlarda rastgele seçilen 23 olguda profilaktik olarak sefuroksim sodyum (Zinacef), 26 olguda ise piperasilin (Pipril, Piprasil) uygulanmıştır. Bu olgular ameliyat sonrası infeksiyon morbiditesi yönünden 25 olguluk kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır.

Profilaktik olarak sefuroksim sodyum kullanılan 23 olgunun ikisinde (% 8.7), piperasilin kullanılan 26 olgunun üçünde (% 11.5) ameliyat sonrası ateş tesbit edilmiştir. Kontrol grubu olarak alınan 25 olguda ise 2 hastada ateş tesbit edilmiştir.

Çalışmamıza alınan toplam 74 olgu gruplara göre yaş, ameliyat süresi, hastanede yatış süresi ve bulunan patolojiler yönünden karşılaştırılmış ve aralarında belirgin bir fark bulunamamıştır. Ayrıca profilaktik antibiyotik verilen hastalarla kontrol grubunu meydana getiren hastalar arasında ameliyat sonrası infeksiyon morbiditesi yönünden istatistiksel bir fark bulunamamıştır.

SUMMARY

Is it necessary to use peroperative prophylactic antibiotics in gynecologic operations?

In various types of gynecologic operations performed in our clinic, 23 randomized cases were administered prophylactic cefuroxim sodium (Zinacef) and 26 cases piperacillin (Pipril, Piprasil). These patients were compared with the control group of 25 patients in relevance to postoperative febril morbidity.

Two of 23 cases in whom prophylactic cefuroxim sodium was administered had fever postoperatively (8.7 %). Postoperative fever was observed in 3 of 26 cases (11.5 %) in whom piperacillin was administered and in 2 cases from the control group (25 cases).

In this study, 74 patients were studied in relation to age, length of operation, length of hospital stay and pathologic conditions and no significant differences were present. Besides, the patients in both the prophylactic antibiotic treated group and control group did not show any statistically significant differences in relation to febril morbidity.

GİRİŞ

Abdominal histerektomi bugün jinekolojide en sık uygulanan bir ameliyat şeklidir. Abdominal histerektomi sonrası morbidite hala görülebilmekte ve vaginal histerektomiye kıyasla daha fazla ortaya çıkmaktadır (8). Dicher ve ark. (3)'ün yaptığı bir araştırmada vaginal histerektomi sonrası komplikasyonların abdominal histerektomi sonrası komplikasyonlara kıyasla belirgin bir şekilde düşük olduğu gösterilmiştir.

Abdominal histerektomiden sonra görülen komplikasyonların başında % 30-50 sıklıkla febril morbidite gelmektedir (8). Abdominal histerektomilerde postoperatif morbiditeyi azaltmak amacıyla birçok çalışmalar yapılmıştır. Ancak profilaktik antibiyotik uygulamasının morbiditeyi azaltıcı etkisi üzerine kesin bir görüş birliğine varılmamıştır (2).

Kliniğimizde de abdominal histerektomi ve abdominal yoldan yapılan cerrahi girişimler jinekolojik operasyonlarda ilk sırayı almaktadır. Bu yüzden yapılan jinekolojik ameliyatlarda profilaktik antibiyotik uygulamasının postoperatif febril morbidite üzerine etkisini araştırmak amacıyla toplam 49 olguda peroperatif olarak profilaktik antibiyotik uyguladık ve bunu hiç antibiyotik kullanmadığımız 25 olgulu kontrol grubu ile karşılaştırdık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde dört aylık dönemde çeşitli sebeplerle jinekolojik ameliyat yapılan 74 kadın, çalışmamızın materyelini meydana getirmiştir.

23 olguda profilaktik antibiyotik olarak sefuroksim sodyum kullanılmıştır. Bu antibiyotik çoğu beta-laktamazlara dirençli, semisentetik, geniş spektrumlu, parenteral uygulanabilen sefalosporin grubu bir antibiyotiktir. Bu gruptaki hastalara, ameliyata alınmadan yarım saat önce ve ameliyattan sonraki 6 ve 12. saatlerde 750 mg sefuroksim sodyum parenteral olarak uygulanmıştır.

26 olguda ise piperasilin sodyum kullanılmıştır. Bu gruptaki hastalara ameliyata alınmadan yarım saat önce ve ameliyat sonrası 6. ve 12. saatlerde 2 g piperasilin sodyum parenteral olarak uygulanmıştır.

Kontrol grubu olarak alınan 25 olguda ise profilaktik olarak hiç antibiyotik uygulanmamıştır.

Tüm ameliyatlar genel anestezi altında yapılmıştır. Cilt, vagina ve perine temizliği için % 10 serbest iyot içeren 10 g'lık polyvinyl-pyrolidin-iyot kompleksi kullanılmıştır. Ameliyatlar dört ay boyunca aynı ekip tarafından yapılmıştır.

Hastalar postoperatif olarak ilk 72 saat boyunca 6 saatte bir ateş takibine alınmıştır. Bu süre sonunda, özelliği olmayan vakalarda ateş takibi hasta taburcu olana kadar 12 saatte bire indirilmiştir.

Morbiditeyi meydana getiren infeksiyonun tanısı için şu kriterler kullanılmıştır:

a) Pelvik selülitisi diyebilmek için düşmeyen ateş ve beraberinde abdomino-pelvik ağrı, vaginal stump hassasiyeti ve lokalize peritoneal irritasyon bulgusunun olmasına bakılmıştır.

b) Pelvik abse diyebilmek için insizyon yerinden veya stump'dan pürülan akıntı olup olmadığına bakılmıştır.

c) Üriner sistem infeksiyonunun mevcudiyetini göstermek için klinik bulgulara bakılmış ve gereken olgularda idrar kültürü alınmıştır.

d) İnsizyon yerinde infeksiyon ve dehisans diyebilmek için insizyon etrafında kızarıklık, endürasyon, eritem, ağrı ve hassasiyet olup olmadığına bakılmıştır.

Febril morbidite var diyebilmek için ameliyat sonrası ikinci günden itibaren koltukaltı ateşinin 6 saat arayla en az iki defa 38°C'nin üstüne çıkması gerekli görülmüştür.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalaması sefuroksim sodyum kullanılan grupta 41, piperasilin kullanılan grupta 51, kontrol grubunda ise 52 bulunmuştur. Tüm olgularda ameliyat süresinin ortalama 60-80 dakika arasında değiştiği görülmüştür. İki olgu hariç, tüm olgularda ameliyat esnasındaki kanamanın normal sınırlarda olduğu gözlenmiştir. İki olgudan bir tanesi ektopik gebelik olarak ameliyata alınmış ve ameliyat sırasında iki ünite kan verilmiştir. Diğerinde ise myomektomi yapılmış ve ameliyat sonrası bir ünite kan verilmiştir.

Tüm olgularda yapılan ameliyat türleri tablo 1'de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi abdominal histerektomi yapılan müdahaleler jinekolojik ameliyatlarda ilk sırayı almaktadır.

Tablo 1. Çalışma gruplarında uygulanan operasyonlar.

Operasyon	Piperasilin	Sefuroksim	Kontrol
Abdominal histerektomi	3	1	1
Abdominal histerektomi+bilateral veya unilateral salpingooferektomi	11	8	9
Myomektomi	2	2	3
Laparotomi	2	5	3
Diğerleri	8	7	9
Toplam	26	23	25

Olgularımızda ameliyat sonrası tespit edilen patolojiler kıyaslama yapılabilmesi amacıyla tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışma gruplarında bulunan patolojiler.

Patoloji	Piperasilin	Sefuroksim	Kontrol
Uterusmyomatosus	6	3	6
Myom nodülleri	7	6	8
Endometrium Ca	1	-	-
Adenomatöz hiperplazi	1	3	1
Kistik gl. hiperplazi	2	2	3
Over Ca.	1	-	2
Over kisti	4	5	3
Diğer	4	4	2
Toplam	26	23	25

Histerektomi sonrası morbiditeyi azaltmak amacıyla birçok çalışmalar yapılmıştır. Örneğin vaginal histerektomi sonrası pelvik selülit riskini azaltmak amacıyla sistemik antibiyotik profilaksisi (5), retroperitoneal boşluğun T tüpü ile drenajı (12, 13) ve buna benzer yöntemler etkili bir şekilde kullanıldığı halde abdominal histerektomide morbiditenin azaltılması konusunda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır.

Bazı araştırmacılar abdominal histerektomide profilaktik olarak antibiyotik uygulamasının yararlı olduğunu ileri sürerken (1, 7, 10, 11), bazı araştırmacılar bunun gereksiz olduğunu ileri sürmüşlerdir (4, 6, 9).

Çalışmamızda, profilaktik olarak peroperatif antibiyotik profilaksisi uygulanan çalışma grublarıyla, hiç antibiyotik uygulanmayan kontrol grubu arasında postoperatif infeksiyon morbiditesi yönünden bir fark bulunmamıştır. Tespit ettiğimiz infeksiyonların hiçbiri ciddi bir infeksiyona yol açabilecek türde olmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışma gruplarında postoperatif görülen komplikasyonlar.

Komplikasyon	Piperasilin (26 olgu)	Sefuroksim (23 olgu)	Kontrol (25 olgu)
Yüksek ateş+Pelvik selülit	-	-	-
Yüksek ateş+Pelvik abse	-	-	-
Yüksek ateş+ÜSI	2	1	2
Yüksek ateş+insizyon yerinde dehisans	1	1	-
Toplam	3 (% 11.5)	2 (% 8.7)	2 (% 8)

Bu sonuçlara bakılarak, postoperatif febril morbiditenin düşük olduğu hasta populasyonlarında, profilaktik olarak antibiyotik tedavisinin gereksiz olduğu ileri sürülebilir. Ancak sepsis gelişme riski olan hastalarda antibiyotik profilaksisinin yapılması gerektiği gerçeği de gözardı edilmemelidir.

Gereksiz antibiyotik kullanımının hızla arttığı ve bu antibiyotiklere karşı hızla direnç geliştiği gözönüne alınır, bu ameliyatlarda profilaktik antibiyotik kullanılmamalı ve akut infeksiyon halinde kültür ve antibiyograma uygun olarak dar spektrumlu antibiyotikler seçilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Allen J L, Rampone J F, Wheelers C R: Use of prophylactic antibiotic in elective major gynecologic operations, *Am J Obstet Gynecol* 39: 218 (1972).
- 2- Cecilia C, Steigrad S J: Are preoperative antibiotics helpful in abdominal hysterectomy? *Am J Obstet Gynecol* 154: 1004 (1986).
- 3- Dicher R C, Scally M J, Greenspan J R, Maxwell H L, Crown J L: Hysterectomy among women of reproductive age: Trends in the United States 1970-1978, *JAMA* 248: 323 (1982).
- 4- Duff P: Antibiotic prophylaxis for abdominal hysterectomy, *Obstet Gynecol* 60: 25 (1982).
- 6- Grossman J H III, Greco T P, Minkin J J, Adams R L, Hierholzer W J, Adriole V T: Prophylactic antibiotics in gynecologic surgery, *Obstet Gynecol* 53: 537 (1976).
- 7- Mathews D D, Agarwal U, Ross H: A randomized controlled trial of a short course of cephaloridine in the prevention of infection after abdominal hysterectomy, *Br J Obstet Gynecol* 85: 381 (1978).

- 8- Mattingly R F, Thompson J D: *The Linde's Operative Gynecology*, 6.baskı, s.244, J B Lippincott Co, Philadelphia (1985).
- 9- Ohm M J, Salank R D: The effect of antibiotic prophylaxis on patients undergoing total abdominal hysterectomy. 1.Effect on morbidity, *Am J Obstet Gynecol* 125: 442 (1976).
- 10- Paulsen H K, Borel J, Olsen H: Prophylactic metronidazole or suction drainage in abdominal hysterectomy, *Obstet Gynecol* 63: 291 (1983).
- 11- Roberts J M, Homesley H D: Low-dose carbenicillin prophylaxis for vaginal and abdominal hysterectomy, *Obstet Gynecol* 52: 83 (1978).
- 12- Swartz W H, Tanarel P: Suction drainage as an alternative to prophylactic antibiotics for hysterectomy, *Obstet Gynecol* 45: 305 (1975).
- 13- Swartz W H, Tanarel P: T-tube suction drainage and/or prophylactic antibiotics, *Obstet Gynecol* 47: 665 (1976).