

BAŞ-BOYUN CERRAHİSİNDE ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ

Bülent TOPUZ, Sedat KATIRCIÖĞLU, Tayfun SUNAY,
İsmail ÇÖLHAN, M. Can KARATAY

ÖZET

Seftriaksonun hemi veya total larenjektomi+radikal boyun disseksiyonu (RBD) planlanan hastalarda kısa ve uzun süreli profilaktik olarak kullanımının karşılaştırılması yapılmıştır. Ayrıca bir grup operasyonda hiç antibiyotik kullanılmamıştır.

Cerrahi yara infaksiyonunu önleme bakımından uzun süreli seftriakson kullanımının % 79, kısa süreli kullanımının ise % 72 oranında başarılı olduğu görülmüştür. RBD, tümör tonsillektomi+RBD, parotis miks tümörü, tiroglossal kist ve submandibuler gland rezeksiyonundan oluşan bir grup hastada ise antibiyotik kullanımına rağmen hiç infeksiyon görülmemiştir.

SUMMARY

Antibiotic prophylaxis in head and neck surgery.

The short and long time usage of ceftriaxone in the prophylaxis of hemi or total laryngectomy+radical neck dissection (RBD) operations is compared. In another group of operations no prophylaxis is done.

In the prevention of surgical wound infection the short time prophylaxis was 72 % succesfull whereas long time was 79 %. There was no infection in the group which consists of RBD, tumor tonsillectomy+RBD, parotis mixt tumor, tyroglossal cyst and submandibular gland resection; although no prophylaxis was done.

GİRİŞ

KBB cerrahisinde profilaktik antibiyotik kullanımı oldukça yaygındır (3). Genellikle de en geniş spektrumlu ve o derecede pahalı antibiyotikler cerrahi yaranın çeşidi göz önünde bulundurulmadan her olguya kullanılmaktadır. Kullanım süre ve dozları ise profilaktik olmaktan çıkip terapötik seviyeye ulaşmaktadır. Bu tür bir uygulama cerraha daha güvenli gelmekle birlikte, flora bozulması, dirençli suşların seçimi ve nihayet süperinfeksiyona neden olma gibi riskleri de beraberinde getirmektedir (1, 6). Bazı durumlarda antibiyotik giderleri tüm operasyon giderlerini aşabilmektedir.

Bu çalışmada uzun ve kısa süreli profilaksinin sonuçları karşılaştırılmak istenmiştir. Bu amaçla kullanım kolaylığı ve spektrumu göz önünde bulundurularak antibiyotik olarak seftriakson seçilmiştir (2).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada seftriaksonun hemi veya total larenjektomi yapılan hastalarda kısa ve uzun süreli profilaktik kullanımının tek körlü karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca radikal boyun disseksiyonu (RBD), tümör tonsillektomi+RBD, parotis miks tümörü, tiroglossal kist ve submandibuler gland rezeksiyonundan oluşan bir grup hastada hiç antibiyotik kullanılmamıştır (Tablo 1). Çalışmaya Kasım 1988 ile Nisan 1990 arasında elektif operasyona alınan en genci 17, en yaşlısı 79 yaşında, 4'ü kadın olan 42 hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaşı 54 bulunmuştur. Bir hasta diabetik, 4 hasta preop radyoterapi görmüştür. Radyoterapili ve ileri derecede kaşektik olan bir hasta postop ikinci günde gelişen yaygın cild nekrozu nedeniyle değerlendirilmeye alınmamıştır.

Uzun süreli seftriakson kullanılan grupta operasyondan önceki akşam başlanarak gündə tek doz seftriakson (toplam 12 g, IM) kullanılmıştır. Sadece operasyon günü, biri operasyondan hemen önce olmak üzere, iki doz kullanılmıştır.

Kısa süreli seftriakson kullandığımız grup kendi içinde ikiye ayrılmıştır. Hemilarenjektomilerde perop IV 1 g, total larenjektomilerde perop ve 12 saat arayla iki doz daha olmak üzere toplam 3 g seftriakson IV kullanılmıştır. Perop kullanımlar anestezi indüksiyonu esnasında yapılmıştır.

Hastalar hastanede yattıkları sürece ateş, nabız, kan basıncı gibi parametreler açısından takip edilmişlerdir. İlaveten konumuzla ilgili olabilecek klinik ve laboratuvar bilgiler de değerlendirilmeye alınmıştır. Hastalar taburcu oldukları ilk bir ay içinde gelişebilecek yara infeksiyonları bakımından da değerlendirilmiştir.

Postoperatif infeksiyonun varlığı için kriter olarak cerrahi yara bölgesinde süpürasyon alınmıştır. Her infeksiyon varlığında hemen kültür için materyal alınmış, antibiyogram sonucuna göre gerekli değişiklik yapılana kadar tekrar seftriaksona başlanmıştır.

Tablo 1. Olguların dağılımı.

Operasyon	Olgı sayısı
LT + RBD	12 (5)*
LT	10 (7)
Hemilarenjektomi+RBD	2
Hemilarenjektomi	4 (3)
RBD	8
Parotis miks tümör	2
Tiroglossal kist	2
Tümör tonsillektomi+RBD	1
Submandibuler gland	1
Toplam	42

* Parantez içindeki sayılar kısa süreli profilaksi yapılan olguları göstermektedir.

BULGULAR

Değrelendirmeye tabi tutulan 41 hastadan yedisinde (% 17) infeksiyon görülmüştür. Uzun süreli profilakside % 23, kısa süreli profilakside % 28 infeksiyon ile karşılaşılmıştır. İnfekte olguların tamamı larenjektomi total (LT) olgularına aitti. Bunlardan ikisinde antibiyotik değişimine gidilmiştir. Bir LT olgusunda postop 6. günde gelişen bacakta lenfanjit nedeniyle 4x0.5 g amoksisilin kullanılmıştır. Bu olgularda aynı seansda boyun disseksiyonun da yapılması infeksiyon oranını artırmamıştır.

Hemilarenjektomili hastalarda hiç yara infeksiyonu ile karşılaşılmamıştır. Ancak bu hastalardan kısa süreli profilaksi uygulananlarda trakeal sekresyonun biraz daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Profilaksi yapılmayan RBD, tümör tonsillektomi+RBD, parotis mikst tümörü, tiroglossal kist ve submandibuler gland rezeksiyonu operasyonu geçiren hastalarda hiç infeksiyon görülmemiştir.

İnfeksiyon için predispozan faktörleri bulunan hastalara göz atıldığından LT geçiren ve kısa süreli profilaksi uygulanan biri radyoterapili, diğerdi diabetik iki olgunun da infekte olduğu; RBD geçiren iki radyoterapili olgunun ise infekte olmadığı görülmüştür.

İnfekte yaralardan alınan materyallerden ikişer defa *K.pneumoniae*, *S.aureus*, *P.aeruginosa*, alfa-hemolitik streptokok, bir defa *Acinetobacter* izole edilmiştir. Uzun süreli profilaksi yapılan bir olguda *C.albicans* üremiştir. Uzun süreli profilaksi uygulanan olgularda infekte olanlar dahil olgu başına ortalama 13 g seftriakson kullanılırken bu miktar kısa süreli profilakside 3'g olmuştur.

Hiçbir hastada ateş problemi olmamış, ilaç toksisitesi görülmemiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda uzun süreli profilaksi kısa süreliye göre biraz daha üstün görünmekle birlikte anlamlı bir fark görülmemiştir. Predispozan faktörler dikkate alındığında kısa süreli profilaksi lehine bir durum saptanmıştır. Ayrıca uzun süreli profilaksinin mali gideri oldukça yüksektir. Uzun süreli profilaksi uygulanan bir hastadan izole edilen *C.albicans* flora bozulması ve süperinfeksiyona güzel bir örnek teşkil etmiştir.

Larenjektomi total olgularında görülen yara infeksiyonu sıklığı, cerrahi ensizyondan dokular arasında ağız boğaz florاسının (4, 5) sızmasına ve bu kapalı ortamda flora ve kontaminasyon bakterilerinin üremesine elverişli koşulların oluşmasına bağlanmıştır. Nitekim aynı flora ile teması bulunan, fakat bu tür bir poşu bulunmayan hemilarenjektomii olgularında infeksiyon görülmemiştir. Hemilarenjektomii olgularında görülen trakeal sekresyon artışı aspirasyonu akla getirmekte ve bu olgularda yara profilaksisinden ziyade aspirasyon pnömonisi profilaksisinin ön planda olması gerektiğini düşündürmektedir. Bu amaçla bu hastalarda direk olarak beta-laktamazlara dayanıklı bir antibiyotik çözeltisi ile gavajdan pnömoni profilaksisi yapılabilir görüşündeyiz.

Profilaksiyi gereksiz gördüğümüz bir grup cerrahi girişimde hiç infeksiyon görülmemesi gereksiz profilaksiler konusunda bir uyarı olarak kabul edilebilir. Burada kliniğimizde son bir yıl içinde yapılan tonsillektomi, adenektomi, kulağa tüp takılması ameliyatlarının hemen tamamında antibiyotik kullanmadığımızı ve lokal enflamasyon, ateş gibi hiçbir infeksiyon belirtisi ile karşılaşmadığımızı belirtmek isteriz.

Çalışmamızdan çıkardığımız sonuç profilaksinin perop, kısa süreli ve olguya göre selektif olması gerektidir. Steril yaralarda antibiyotik profilaksisi yerine sıkı takip ve lokal pansuman yeterlidir.

KAYNAKLAR

- 1- Altuğ T: Total larenjektomilerde ağız ve burun flora değişiklikleri, *Türk ORL Arş* 27: 117 (1989).
- 2- Brogden R N, Word A: Ceftriaxone. A reappraisal of its antibacterial activity and pharmacokinetic properties, and an update on its therapeutic use with particular reference to once-daily administration, *Drugs* 35: 597 (1988).
- 3- Gehonno P: Cefotaxime in prophylaxis of otorhinolaryngological cancer surgery, *Drugs* 35 (Suppl 2): 111 (1988).
- 4- Kalligns G: Bacteriological aspects of infections of upper respiratory tract, *Scand J Dis (Suppl)* 39: 9 (1983).
- 5- Mackowiak P A: The normal microbial flora, *N Engl J Med* 307: 83 (1982).
- 6- Sande M A, Mandell G L: Antimicrobial agents; General considerations "A G Gilman, L S Goodman, T W Rall, F Murad (eds): *Goodman and Gilman's Pharmacological Basis of Therapeutics*" kitabında s. 1066, MacMillan Publ Co, New York (1985).