Yaşlı hastalardaki acil operasyonlar: morbidity ve mortalite sıklığı

Serdar YOL, Şakir TAVLI, Celalettin VATANSEV, Faruk AKSOY, Adil KARTAL, Mehmet KARademİR

SÜ.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Anahtar Kelimeler: Hasta, acil operasyon, morbidity, mortalite

SUMMARY
Emergency operations in elderly patients: morbidity and mortality

In this study, the risks of emergency surgical procedures in elderly patients and the effect of surgery on the morbidity and mortality were investigated. The records of 684 patients, those who were 65 years old or older, and who were operated on in the Department of Surgery, University of Selçuk between May 1991 and April 1997 were analyzed, retrospectively. One hundred eighty three patients (20.7%) were operated on urgently and 701 patients (79.3%) were elective. The ratio of male / female was 1.9 (120M/63F) and the mean age was 72.3 (range 65-95) in the emergency operations. Most frequent reason for the emergency operations were intestinal obstruction (49 cases), acute mesenteric ischemia (24 cases) and peptic ulcer perforation (23 cases). Mean hospital stay was 10.8 days (3-51 days) in the emergency and 7.2 days (1-41 days) in the elective operation (p<0.0001). The mortality was 18.6% in the emergency and 3.4% in the elective operations (p<0.0001). There was no correlation between mortality rates in different age groups (p>0.05). The highest mortality was observed in intraabdominal abscess and in perforated gallbladder disease. Intestinal resection and anastomosis was performed in 55.9% of expired cases. The majority of the patients (70.6%), who had died, had coexisting cardiopulmonary diseases. The main causes of death in all patients were sepsis and cardio-pulmonary diseases. The main causes of death in all patients were sepsis and cardio-pulmonary failure. In conclusion, age is not a contraindication for an emergency operation and does not affect mortality which appears to be directly related to the severity and nature of the disease and to the coexisting cardiopulmonary diseases. For this reason, timing is very important in the operations of elderly patients, and it is wise to perform the most conservative operation in some severe surgical conditions.

Key Words: Aged, emergency operation, morbidity, mortality.

Haberleşme Adresi: Yrd. Doç. Dr. Serdar YOL, SÜ.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

- 137 -
morbidityeye meyilli bu grup hastaların acil girişimlerinde birçok komplikasyonlarla mücadele etmek zarında kalmaktadırlar.

Bu çalışmanın amacı, acil cerrahi girişim gerektiren yaşlı hastalarda ortaya çıkan problemeleri işık tutmak ve mortalite ile morbidityyi azaltacak daha güvenli tedavi yaklaşımlını belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM


İstatistik analiz için x² testi ve Fischer’in exact testi kullanıldı.

SONUÇLAR

Acil olgularındaki operatif tanılar Tablo 1’de gösterilmiştir. En sık karşılaşılan hastalıklar benign ve malign nedenlere bağlı barsak tikanımı idi.


Ortalama hastanede kalış süreşi acil olgulara 10.8 gün (3-52 gün) iken aynı yaş grubundaki elektif olgulara 7.2 gün (1-41 gün) idi (p<0.0001).

<p>| Tablo 1. Acil-yaşlı olgularındaki operatif tanı ve mortalite ıssayısı |
|-----------------------------|------------------|------------------|</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tanı</th>
<th>Hasta Sayısı</th>
<th>Ölen Oğular</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Barsak Tikanması</td>
<td>49</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>İnce barsak</td>
<td>21</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolon</td>
<td>28</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Barsak Delinmesi</td>
<td>18</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>İnce barsak</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolon</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Akut mezenterik iskemi</td>
<td>24</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Peptik Ülser Perforasyonu</td>
<td>23</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Strangüle Herni</td>
<td>21</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Inguinal</td>
<td>14</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Apandisit</td>
<td>15</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Safra Kesesi ve Yollar</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Perfore akut kolesistit</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolanjit</td>
<td>2</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Peptik Ülser Kanamasi</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Karm İçi Abse</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Akut Pankreatit</td>
<td>3</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğerleri</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOPLAM</strong></td>
<td><strong>183</strong></td>
<td><strong>34</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<p>| Tablo 2. Acil-yaşlı olgulara yapılan operasyonlar ve ölen olguların sayıları |
|-----------------------------|------------------|-------------|</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Operasyon</th>
<th>Hasta Sayısı</th>
<th>Ölen Oğular</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>İnce barsak rezeksiyonu + Anastomoz</td>
<td>31</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Primer Sütür</td>
<td>28</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Fitik Onamı</td>
<td>21</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Apendektomi</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sağ-Sol Hemikolektomi</td>
<td>12</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolesistit</td>
<td>12</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sigmoid rezeksiyon+Kolesistiti</td>
<td>8</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Sigmoid Rezeksiyon+Anastomoz</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Laparatomy</td>
<td>13</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Bridektomi</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Parsiyel Kolesistektoni+Kolesistom = 4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer</td>
<td>25</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOPLAM</strong></td>
<td><strong>183</strong></td>
<td><strong>34</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Acil olgularındaki mortalite %10.8 gün (3.52 gün) iken aynı yaş grubundaki elektif olgulara 7.2 gün (1-41 gün) idi (p<0.0001). Acil olgularındaki mortalite %18.6 (34/3183) iken, elektif olgulara %3.4 (24/701) idi (p<0.0001). Değişik acil lerdeki mortalite oranları Tablo 1’de ve lirilmiştir. En yüksek mortalite, vaka sayısı az olmakla birlikte, karın içi abselerde (2’si karaciğer absesi) %50 ve perforasyonu ve/veya safra kesei am pıyeminde %45.4 görülüd. Akut mezenterik iskemiler
3. sırada yer aldı. Sigmoid volvulus nedeniyle sigmoid rezeksiyon + kolostomi uygulanan 8 hasta ile peptik ülser perforasyonu nedeniyle primer sürtür uygulanan 23 olguda mortalite gözlemedi. Barsak perforasyonu nedeniyle primer sürtür uygulanan 5 olgu da primer sürtür serisine ilave edildiğinde, bu serideki mortalite %7.1 (2/28 olgu) olarak gözlemdi. Yine sigmoid volvulus nedeniyle sigmoid rezeksiyon + anastomoz uygulanan olgulara mortalite %25 (2/8) iken sigmoid rezeksiyon + kolostomi yapılanlarda %0 (0/8) olarak gözlemdi. Ancak bu iki grup arasındaki mortalite farklı istatistik olarak anlamlı değildi (p>0.05).

Farklı yaş gruplarındaki mortalite oranları arasında da istatistik olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05) (Şekil 1).

Ölen 34 olgunun 9’unda (%55.9) rezeksiyon + anastomoz uygulanmıştı. Olgularımızdaki en sık ölüm nedenleri sepsis ve kardiyopulmoner yetmezlik idi (Tablo 3).

Toplam morbidite %38.3 (n=70 olgu) olup, komplikasyonların 65’si major, 37’si minor komplikasyon idi (Tablo 4). Komplikasyon gelişen hastaların büyük kısımında (%67.1) kalp ve/ora akciğer hastalığı öyküsü vardı.

Ölüm gözlenen olguların %70.6’sında (24/34 olgu) yandaş kalp ve/ora akciğer hastalığı öyküsü mevcuttu (Tablo 5). Mortalite, kardiyopulmoner hastalığın öyküsü olan vakalarda olmayanlara göre belirgin şekilde yüksek (p=0.0001).

**TARTIŞMA**


Acil operasyonlarda mortalite, elektif operasyonlara göre bütün yaş gruplarında 2-3 kat artmıştır (6). Bonus ve Dorsey (7) acil vakalardaki

---

**Tablo 3. Acil-yaşlı olgularındaki ölüm nedenleri**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Neden</th>
<th>Hasta Sayısı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sepsis</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalp Yetmezliği</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Solumun Yetmezliği</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Pnömoni</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Pulmoner Emboli</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Myokard Enfarktüsü</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Serebral Emboli</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Akut böbrek yetmezliği</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**TOPLAM**

| 34 |

---

**Şekil 1. Acil olgulara farklı yaş gruplarında mortalite oranları**
Tablo 4. Postoperatif komplikasyonlar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Komplikasyon</th>
<th>Hasta Sayısı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Major</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Sepsis</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>• Kalp Yetmezliği</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>• Solunum Yetmezliği</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>• Pnömoni</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>• Pulmoner Embolı</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>• Ileus</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>• Eviserasyon</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>• Myokard Enfarktüsü</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>• Serebral Embolı</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>• Böbrek Yetmezliği</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>• Derin Ven Trombozu</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Minor</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Vara enfeksiyon</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Üriner enfeksiyon</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 5. Yandaş kalp ve/veya akciğer hastalığı öyküsü ile mortalite arasındaki ilişki

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kardio-pulmoner Hastalık Öyküsü</th>
<th>Hasta Sayısı</th>
<th>Mortalite n</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Olan</td>
<td>61</td>
<td>24</td>
<td>29.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Olmayan</td>
<td>122</td>
<td>10</td>
<td>8.2</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPLAM</td>
<td>183</td>
<td>34</td>
<td>187.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(p=0.0001)

Generalize peritonitle gelen barsak perforasyonu vakalarda mortalite %27.8 oranı ile oldukça yüksekti. Kolon seviyesindeki perforasyonlarda çok erken vakalar ve karın içi temiz olgular dışında kolo stomi açılması önerilebilir.


Serimizde dördüncü sıktıka karşılaştığımız hastalık %19’luk mortalite ile stranjüle herni idi. Diğer serilerde bu oran %0 ile %22 oranında bil-
dirilmektedir (2,11,18,19). Bu grupta ölen 4 vakananın 3’ünde barsaktaki iskemi nedeniyle ince barsak rezeksiyonu yapılmıştı. Strangülė hernilerde barsak cannilaiğinin iyi olması, diğer bir deyişle rezeksiyonun gerekli olması iyi prognostik kriter olarak değerlendirilebilir.


Serimizde yaşın artması ile mortalite istatistikleri olarak anlamlı şekilde artmıştır (Şekil 1). Ayni sonuç diğer serilerde de gösterilmiştir (2,11,13). Bu durum, sağ kalma etki eden faktörün yaş olmayıp hastanın genel durumun, alıta yatan patoloji ve yandaş hastalığın (özellikle kardio-pulmoner) mevcudiyetine bağlı olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, yaş acil operasyon için bir kontrendikasyon değildir ve mortaliteyi etkilemektedir. Yaşlı hastaların acil operasyonları altında mortalite en az dört kat artışından, yeteri reşimtasyon yapılıp ve operasyonun zamanlanması iyi ayarlanmalıdır. Peritonit ve GiS kanaması gibi ciddi patolojilerden en konservatif tedavi yöntemi tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR


