

TIFONUN CERRAHİ KOMPLİKASYONLARI VE TEDAVİSİ

Dr. İskender SAYEK*

Dr. Atilla ENGİN**

Dr. Şevket RUACAN***

ÖZET

Bu çalışmada, 1970 - 1978 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümünde tifo komplikasyonları nedeni ile cerrahi girişimi gerektiren 6 hasta incelenmiştir. İki hastada kanama, 4 hastada ise perforasyon görülmüş olup, bu hastaların beşinde tanı sadece histopatolojik tetkikle konmuştur. Altı hastanın ikisi cerrahi girişim sonrası dönemde sepsis sonucu kaybedildi.

SUMMARY

Surgical Complications and their Management of Typhoid Fever

Six cases of typhoid fever who presented with a complication which required a surgical intervention are reported. These complications were bleeding in two and perforation in four. The diagnosis was established only by histopathological examination in five. Two of the patients died of septicemia in the postoperative period. The management of these complications is discussed.

Kloramfenikolün 1948 yılında tifo tedavisinde¹ kullanılmaya başlanmasından sonra klinik gidişin değişmesine karşın, az da olsa ölüm neden olan komplikasyonları ile karşılaşılmaktadır². Tifonun cerrahi komplikasyonları arasında % 0.6 - 12.1 intestinal perforasyon, % 0.2 - 21.1 kanama ve % 0.7 - 4 oranında kolesistit bildirilmiştir^{3,4}. Ancak sıklıkla ölüme yol açabilen bu cerrahi sorunların tedavileri konusunda kesin bir görüş birliği yoktur.

MATERYEL VE METOD

Aslında cerrahi bir hastalık olmayan tifonun cerrahi komplikasyonlarının tedavisini tartışmak amacı ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümünde 1970 - 1978 yılları arasında tifo

* Hacettepe Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Bilim Dalı öğretim görevlisi

** Hacettepe Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Bilim Dalı Doçenti

*** Hacettepe Ü. Tıp Fak. Patoloji Bilim Dalı Doçenti

komplikasyonları nedeni ile cerrahi girişim uygulanmış altı olgu klinik ve histopatolojik olarak incelendi.

BULGULAR

Olgu 1 : P.Y. (377398), 18 yaşında kadın hasta 17.11.1972 de acil servise rektal kanama yakınması ile başvurdu. Fizik incelemesinde kan basıncının 50/30 mm Hg, karaciğerin 5 cm büyük olduğu saptandı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin % 5.66 gr ve beyaz küre 9800/mm³ olarak elde edildi. Rektal kanamanın devamı üzerine ameliyata alındı, ancak kolon düzeyinde sürdüğü belirlenen kanamanın kesin odağı bulunamadığı için transvers kolostomi yapıldı. 48 saat sonra kanamanın yeniden ve sağ kolondan başlaması üzerine ameliyata alınan hastaya, bu kez sağ hemikolektomi ve ileo-transvers kolostomi yapıldı. Cerrahi girişim sonrası dönemde kloramfenikol ve pentreksil uygulanan hastada yara enfeksiyonu gelişti. İkinci cerrahi girişimden 16 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2 : M.T. (208439), 27 yaşında erkek hasta 6.12.1972 de acil servise karın ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Fizik incelemesinde karında yaygın duyarlılık ve defans vardı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre sayısı 5000/mm³ olup direkt karın grafisinde sağ diyafragma altında serbest hava görünümü tesbit edildi. Gastrointestinal perforasyon ön tanısı ile ameliyata alınan hastada ileoçekal valvülden 25 cm yukarıda tek bir perforasyon odağı saptanarak primer kapama yapıldı. Cerrahi girişim sonrası dönemde pentreksil ve kloramfenikol uygulanan hasta 7 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

Olgu 3 : H.U. (504288), 55 yaşında erkek hasta 26.5.1974 de acil servise 10-15 gündür süren karın ağrısı, ishal ve 3 gündür gaz gaita çıkaramama yakınması ile başvurdu. Fizik incelemesinde karında distansiyon, yaygın duyarlılık ve defans vardı. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin % 8.30 g, beyaz küre sayısı 2000/mm³ bulundu. Gastrointestinal perforasyon ön tanısı ile ameliyata alınan hastada ileoçekal valvülden 50 cm yukarıda birden fazla perforasyon saptanarak, terminal ileum ve çekum çıkarılıp ileo-kolik devamlılık sağlandı. Serolojik çalışmalar olumsuz sonuçlandı. Cerrahi girişim sonrası dönemde pentreksil ve kloramfenikol uygulandı. Fakat hastada yara enfeksiyonu, intraabdominal apse ve daha sonra sepsis gelişti. 124. gün akut erosiv gastrite bağlı kanama sonucu kaybedildi.

Olgu 4 : İ.D. (578633), 23 yaşında erkek hasta, 10.12.1974 de acil servise 7 gündür süren karınağrısı ve ateş yakınması ile başvurdu. Fizik incelemesinde karında yaygın duyarlık ve defans vardı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre sayısı $13200/\text{mm}^3$ olarak elde edildi. Akut karın tanısı ile ameliyat edilen hastada, ileo-çekal valvülün 25 cm yukarısında terminal ileumda tek bir perforasyon odağı saptanarak primer kapama yapıldı. Ayrıca dalak ve bölgesel lenf nodlarında büyüme tesbit edildi. Cerrahi girişim sonrası dönemde pentreksil ve kloramfenikol uygulanan hasta 13 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

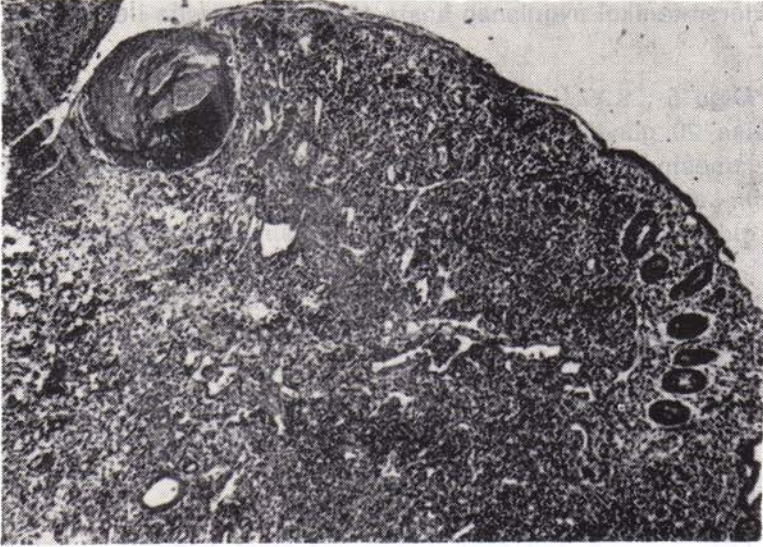
Olgu 5 : K.Y. (587767), 43 yaşında kadın hasta, 24.1.1975 de acil servise 20 gündür süren karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Fizik incelemesinde, karında distansiyon, yaygın duyarlık ve defans saptandı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre sayısı $7000/\text{mm}^3$ olarak elde edildi. Ayakta direkt karın grafisinde diyafragma altında serbest hava görüldü. Gastrointestinal perforasyon ön tanısı ile ameliyata alınan hastada ileo-çekal valvülün 20 cm yukarısında çok sayıda yüzeysel kanama odakları ve bir perforasyon odağı saptanarak, terminal ileum çıkarıldı ve ileo-ileal devamlılık sağlandı. Cerrahi girişim sonrası dönemde kloramfenikol tedavisi altında iken yara enfeksiyonu ve üst gastrointestinal kanama geçiren hasta 44. gün şifa ile taburcu edildi.

Olgu 6 : M.A. (407413), 32 yaşında erkek hasta, 12.9.1977 de acil servise 5 gündür süren ateş, karın ağrısı ve şiddetli rektal kanama yakınması ile başvurdu. Fizik incelemesinde karında yaygın duyarlık vardı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre sayısı $2000/\text{mm}^3$ idi. Süperior mezanterik arteriografide, ileo-kolik arterden kanamanın devam ettiği saptanarak sağ hemikolektomi yapıldı. Cerrahi girişim sonrası 2. günde intraabdominal kanama nedeni ile tekrar ameliyata alınan hastada spontan dalak rüptürü tesbit edilerek splenektomi yapıldı. Ancak daha sonra intraabdominal apse ve sepsis gelişerek 10. gün kaybedildi.

HİSTOPATOLOJİK BULGULAR

Olguların dördünde barsak rezeksiyonu, ikisinde de bölgesel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Çıkarılan barsak segmentlerinin makroskopik incelenmesinde, özellikle terminal ileumda çok sayıda yüzeysel mukozal ülserler saptandı. Bunların bazılarında da taze kanama odakları

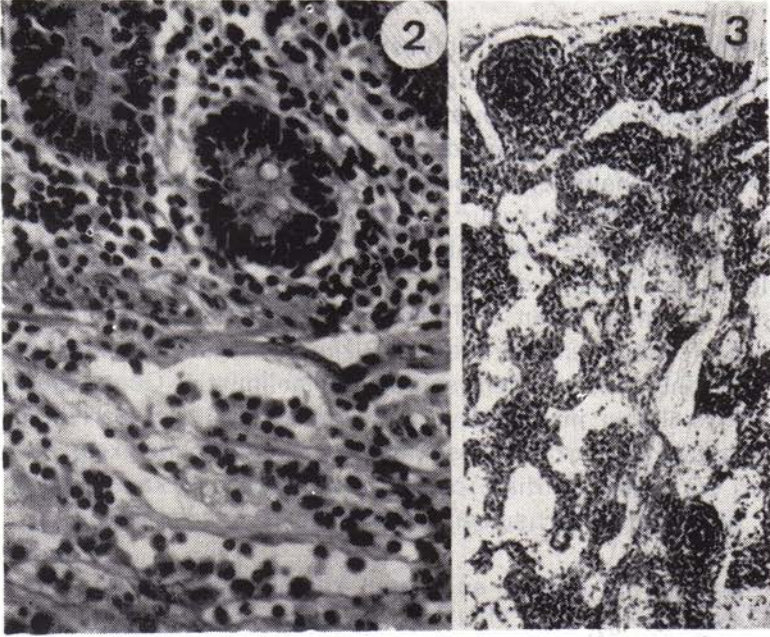
gözlemlendi. Aynı bölgelerin histopatolojik incelemesinde, barsak duvarını ilgilendiren bütün lenfoid dokularda belirgin hiperplazi ve özellikle Peyer plaklarında lenfosit, histiyosit ve plazma hücresi çoğalması ile yüzeysel mukozal ülserasyonlar bulundu (Şekil 1, Olgu 1). Ay-



Şekil : 1 — Barsak mukozasında lenfoid doku hiperplazisi, Yüzeysel epitelde ülserasyon ve tromboze bir damar görülüyor. H+EX100.

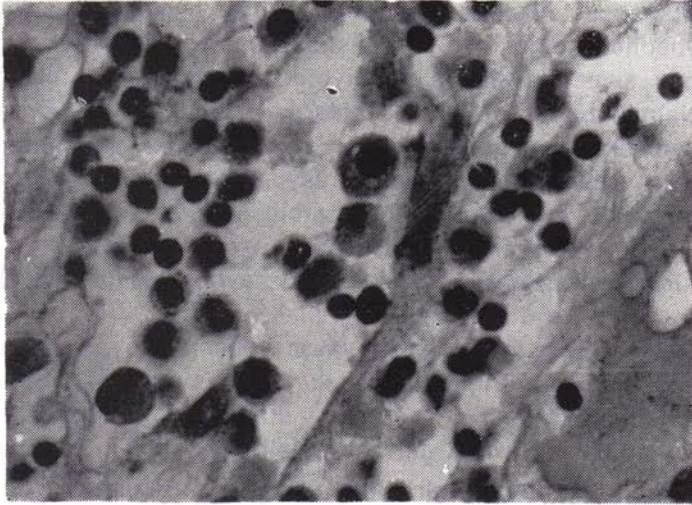
rica ülser tabanında bazı damarlarda duvar nekrozu ve taze kanamalar dikkati çekti. Bunlara ek olarak Şekil 2 de görüldüğü gibi submukozal lenfatiklerde genişleme, bu lenfatiklerin içinde ve barsak duvarında eozinofilik sitoplazmalı histiyositlerin (tifo hücreleri) yer aldığı saptandı. Bazı alanlarda ise tüm barsak duvarında nekroz ve perforasyon bulundu (Olgu 3).

Mezenter lenf nodlarından alınan örneklerde, histopatolojik olarak, aşırı bir sinüs genişlemesi ve bu sinüslerde tifo hücrelerinin varlığı dikkati çekti (Şekil 3 ve 4, Olgu 4). Bir olguda da karaciğer dokusunda fokal nekroz ve non-spesifik hepatit bulguları gözlemlendi.



Şekil : 2 — Barsak Submukozasında genişlemiş lenfatikler ile geniş sitoplazmalı histiyositler (tifo hücreleri) H+EX640.

Şekil : 3 — Mezenter lenf düğümünde genişlemiş sinuslar H+EX100.



Şekil : 4 — Lenf düğümü sinusu içinde geniş sitoplazmalı histiyositler ve diğer mononükleer hücreler H+EX1600.

TARTIŞMA

Akut ve sistemik bir enfeksiyon olan tifoda etken *Salmonella typhosa*dır. Histopatolojik olarak barsakların Peyer plaklarında hiperplazi ve ülserasyon, mezenterik lenf nodu değişiklikleri, splenomegali ve karaciğerde parankimal değişikliklerle kendini gösterir. Tanı, genellikle *Salmonella typhosa*nın kandan veya gaitadan üretilmesiyle ve serolojik testlerle konur². Ancak hasta cerrahi komplikasyonlarla karşımıza çıktığında, cerrahi sorunun ivedi olması nedeniyle bu testlerin yapılmasına olanak yoktur. Böyle durumlarda tanı, cerrahi girişim sırasında yahut lenf nodu veya barsak duvarının histopatolojik incelemesinden sonra konur. Bizim altı olgumuzun beşinde kesin tanı cerrahi girişimlerden sonra konulabilmiştir. Genel olarak toksik etkiye ilişkin miyokard ve solunum sistemi sorunları bulunan tifolu hastalarda cerrahi girişimlerden, zorunlu olmadıkça, kaçınılması ileri sürülmekle birlikte perforasyon ve massif kanamalarda, ameliyat gereksinimi tartışmasız biçimde ortaya çıkmaktadır.

Perforasyon, tifonun en önemli komplikasyonu olup, halen tedavisi tartışmalıdır. Bazı klinik araştırmacılar, cerrahi girişimi önerirlerken, diğerleri konservatif yöntemlerin daha etkin olduğu kanısındadırlar.^{5,6,7} Dawson, tek perforasyonda primer sütür, birden çok veya büyük perforasyonlarda rezeksiyonu önermiştir⁶. Buna karşın Woodward modern antibiyotikler ve destekleyici yöntemlerle cerrahi girişimlere oranla daha iyi sonuç aldığını bildirmiştir⁵. Bizim perforasyon saptanan üç hastamızda, cerrahi tedavi uygulandı, ve bunlardan biri kaybedildi. Temel olarak, gelişmiş anestezi şartları buna ek olarak uygun sıvı-elektrolit ve antibiyotik tedavisi ile desteklenen cerrahi girişimin bu tip komplikasyonlarda daha etkin bir yöntem olduğuna inanmaktayız. Eğer hastalık uzun bir barsak segmentini ilgilendiriyorsa veya birden çok perforasyon söz konusu ise rezeksiyon, perforasyon tek ise primer sütür tercih edilmelidir. Ancak karın içi barsak içeriği ile belirgin olarak bulaşmışsa ileostomi veya kolostomiye dönüştürülebilecek bir eksteriorizasyon yerinde olacaktır.

Tifolu hastada, massif veya yavaş kanama, Peyer plaklarının ülserasyonu sonucu görülebilir. Klinik tedavi sürecinde bile rastlanabilen bu komplikasyonda, çoğu kez ülserlerin birden fazla bulunması ve barsak duvarının cerrahi girişim için uygun nitelikte olması nedeni ile cerrahi girişimden kaçınmak gerekir. Ancak kan transfüzyonlarının yetersiz kaldığı hastalarda, kanama yerinin belirlenmesi amacı ile ameliyat öncesi dönemde arteriografi yapılmasının

yararı büyüktür. Kanamanın yeri saptandıktan sonra, genellikle ülserler birden çok olduklarından en uygun cerrahi yöntem rezeksiyondur. Ancak iki olgumuzda (2 ve 5 nolu), olduğu gibi bu tip cerrahi girişimlerde en önemli ölüm nedeni septik komplikasyonlardır. Bununla beraber hastalığın erken tanısı ve iyi bir destekleyici tedavi ile cerrahi girişim sonrası ölüm oranının da daha düşük olacağı kesindir.

KAYNAKLAR

1. Woodward, T.E., Smadel, J.E., Ley, H.L., Green, R., Mankika, D.S.: Preliminary report on the beneficial effect of chloromycetin in the treatment of typhoid fever. Ann. Intern. Med. 29: 131 - 133, 1948.
2. Schwartz, S. : Principles of Surgery. Mc Graw-Hill Book Comp., New-York, 1979, p 1175 (Vol. 2).
3. Huckstep, R.L.: Recent advances in the surgery of typhoid fever. Ann. Roy. Coll. Surg. Eng. 26 : 207, 1960.
4. Kamat, S.A., Herzog, C.: Typhoid : Clinical picture and response to chloramphenicol. Infection 5 : 85-91, 1977.
5. Woodward, T.E., Swadel, J.E.: Management of typhoid fever and its complications. Ann. Int. Med. 60: 144-157, 1964.
6. Dawson, J.H.: Surgical management of typhoid perforation of the ileum. Am. Surg. 36: 620-622, 1970.
7. Stuart, B.M., Pullen, R.L.: Typhoid. Arch. Inter. Med. 78 : 629 - 661, 1946.