

Anorektal Cerrahi Komplikasyonları

Dr. Pakize Demirkalem

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Genel Cerrahi

Anorektal cerrahi ülkemizde oldukça sık yapılan bir girişimler topluluğu olmakla beraber birtakım komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Bu komplikasyonları çeşitli başlıklar altında incelemek mümkün olmaktadır. Örneğin ağrı; ameliyat öncesi hastaların cerrahiden kaçınmalarına sebep olabilecek derecede önemli olabilmektedir. Oldukça sık rastlanan ağrı, sadece operasyon sonrası değil, operasyon evvelinde de hem hastaya hem cerraha çeşitli kısıtlamalar getirir. Hemoroid, anal fissür, anal füstül gibi endikasyonlar nedeni ile operasyon planlanan hastalar ağrı korkularından dolayı girişimden kaçınmakta, bu yüzden kimi zaman çok geç kalınmaktadır. Bu hususta kendi kliniğimizde yaşadığımız bir vakadan bahsetmeyi uygun görüyorum. 45 yaşında bir erkek hastamızı yaklaşık 5-10 senedir

kronik anal fissürü mevcut idi. Daha evvel pek çok farklı merkezde operasyon önerilen hastaya yine birkaç kez anal abse nedeni ile çeşitli medikal tedaviler ve drenaj işlemleri uygulanmıştı. Ağrı korkusu nedeni ile bir türlü operasyonu kabul etmeyen hastamız nihayetinde hastanemiz acil servisine başvurarak tarafımızdan değerlendirildiğinde artık enfeksiyonun pelvise yayıldığı görüldü; hasta kısa süre içerisinde sepsise girerek satatler içerisinde kaybedildi. Bu durum bizlere, hastalarımızı operasyona yönlendirirken daha bilgilendirici olmak ve onları rahatlatmak gerektiğini gösteren önemli bir örnek oldu. Anorektal cerrahi sonrası ağrının uygun analjezikle kontrolü hastaların mobilizasyonunu mümkün kılarak, diğer komplikasyonları da engelleme açısından çok önemli bir konu oluşturmaktadır. Bu amaç-

la çeşitli iv ve im narkotikler, NSAID'ler, kas gevşeticiler ve anestetikler tercih edilebilmektedir. İlk 12-24 saat içerisinde topikal soğuk uygulamanın ardından sıcak suya oturma banyoları, hastaları ağrı açısından rahatlatmaktadır. Cerrahi sonrası kanama sık olmakla beraber genellikle, örneğin hemoroidektomiler sonrası 7-10 gün içerisinde sütürlerin işlevlerini kayb ettikleri dönemde problemler oluşturmaktadır. Fakat yine kanayan damarın tesbiti ile bu sorun giderilmekte ve nadiren reoperasyona gerek duyulmaktadır. Yine kanama, girişim sonrası pansumanın açıldığı ilk gün, müdahalesi kolay olan bir komplikasyon şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Bunun sıklığı ise %2.5 civarındadır. Yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası kanama gelişen hastaların %37'sinde antikoagulan tedavi öyküsü tespit edilmiştir. Kanama komplikasyonu genel olarak basınç uygulanması, epinefrin içeren solüsyonlar, gümüş nitrat uygulaması veya koterizasyon ile rahatlıkla çözülebilmektedir. Anesteziye bağlı komplikasyonları ise lokal ve reyonel anestezi başlıkları altında incelemek gerekir. Lokal anestezi anorektal bölgenin kaslarında yeterli gevşeme sağlamaması, toksisite riski, moniterizasyon ve sedatif kullanım gerekliliği nedeni ile sorun oluşturabilir. Üstelik, örneğin Lidokain kullanımında 70 kg'lık sağlıklı bir erkek hastada kullanılacak maksimum doz 300-500 mg ile sınırlıdır. Bu açılardan reyonel anestezi anorektal cerrahi için daha uygun olmakla beraber; spinal anestezi bölge kaslarında yeterli gevşeme ve görüntülenme sağları, epidural anestezi seçeneği ise postop analjezi sağlanmasında oldukça yerinde bir seçim olarak görülmektedir. Nadiren de olsa reyonel anestezi komplikasyonları sıklık sırasına göre başağrısı, hipotansiyon, damar hasarlanması, dura hasarı, geçici paralişi gibi komplikasyonlar şeklinde karşımıza çık-

abilmektedirler. Pozisyona bağlı komplikasyonlar genellikle alopesi, DVT/PE, yumuşak doku hasarı, eroneal sinir hasarı olmaktadır. Bunlardan DVT/PE özellikle litotomide, peroneal sinir hasarı litotomi ve lateral dekübitte, yumuşak doku hasarı yüzüstü pozisyonunda daha sık görülmektedir. Enfeksiyon başlığı altında karşılaşılan komplikasyonlar selülit, abse ve ciltte ayrılma şeklinde kendini göstermekte olup perioperatif antibiyotik kullanımı sık tercih edilmemektedir. Anorektal bölge pek çok cins ve sayıda bakteri içerdiğinden ne yazık ki bu komplikasyondan kaçınmak oldukça zordur. Genitoüriner komplikasyonlardan en sık görüleni üriner retansiyon olup özellikle uzun süreli lokal ve spinal anestezi sonrası %10 sıklıktadır. Hastalar bu durumda sıklıkla kateterize edilmekte ve hastanede kalış süreleri uzamaktadır. Kateterizasyon sırasında 400 cc'den fazla idrar geliştiğinde 2-3 gün kateter dekompresyonuna devam etmek gerekir. Kateterin çekilmesi sonrası tekrarlayan retansiyon durumunda ürolojik konsültasyona ihtiyaç duyulur. Anodermin genişçe eksize edildiği; enfeksiyon veya nekroz nedeni ile geniş cilt doku kayıplarının olduğu durumlarda anal stenoz kaçınılmaz olacaktır. Yine postop ağrı korkusu ile hastalarda defekasyondan kaçış durumu söz konusu olabilmekte ve bu hastalarda fekal impaksiyon görülebilmektedir. Anorektal cerrahi konusunda üzerinde belki de en ehemmiyetle durulması gereken konu misdiagnozudur. Bu komplikasyon cerrahinin tecrübesizliğinin yanı sıra anestezi çeşidine göre yeterli görüş sağlanamadığı durumlarda meydana gelmektedir. Bu sorundan kaçınmak için hastalar operasyon öncesinde ve sonrasında karşılaşılabilecekleri her tür komplikasyon konusunda yeterince aydınlatılmalı ve gerektiğinde hekimlerine başvurmaları öğütlenmelidir.