

# Abdominal Jinekolojik Operasyonlarda Preoperatif Antibiyotik Kullanımı Gerekli mi?

IS IT NECESSARY TO GIVE PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC  
FOR ABDOMINAL GYNECOLOGIC OPERATIONS?

Dr. Atila ERLER\*, Dr. Bülent URAN\*\*, Dr. Adli Ş. KARAMAN\*\*\*

\* SSK Tepecik Doğumevi, İZMİR

\*\* Devlet Hastanesi, GÖRDES

\*\*\*SSK Hastanesi. TAVŞANLI

## ÖZET

Jinekolojik operasyona alınacak 80 hasta iki gruba ayrılarak profilaktik tek doz 3. jenerasyon sefalosporin verilmesinin postoperatif enfektif komplikasyonlar yönünden etkisi araştırıldı. Profilaktik tedavinin bu tip operasyonlarda majör febril reaksiyonların gelişmesini etkilemediği, ancak minör yara enfeksiyonlarında azalmaya neden olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Profilaktik antibiyotik, Abdominal operasyon, Scfoperazon

T Klin Jinekoloj Obst 1992,2:122-125

Postoperatif dönemde febril morbiditeyi ve enfeksiyonu azaltmak için jinekolojik ve obstetrik operasyonlardan önce uygulanan çeşitli grup antibiyotiklerin yararlı olduğu pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiştir (1-5). Bu çalışmalarda pre ve perioperatif dönemde verilen parenteral antibiyotiklerin postoperatif dönemdeki ciddi pelvik ve cilt altı enfeksiyon oranında belirgin bir azalmaya neden olduğu belirtilmiştir. Operasyonlarda kullanılan sütm

Geliş Tarihi: 6.12.1991

Kabul Tarihi: 10.1.1992

Yazışma Adresi: Dr. Bülent URAN  
Devlet Yolu Cad. 94/1  
45750 GÖRDES

## SUMMARY

80 women who would be operated abdominally for gynecologic indications was separated into two groups. The first group was given a third generation cephalosporin intravenously one hour before operation while the second group was treated as control. It was found no statistical difference between the two groups concerning postoperative febrile morbidity. The incidence of minor infective symptoms at the incision site was lower in antibiotic treated group. It was concluded that prophylactic antibiotic treatment has no effect for the prevention of postoperative febrile morbidity in gynecological abdominal operations.

**Kew Words:** Prophylactic antibiotic, Abdominal operation, Cephoperazone

Anatolian J Gynecol Obst 1992, 2:122-125

materyali etrafında oluşan yabancı cisim reaksiyon bölgelerinin de enfeksiyon yerleşmesi yönünden potansiyel alanlar olduğu kabul edilmektedir (6). Özellikle ciltte kullanılan ipek sütürler etrafında oluşan hiperemi bazı olgularda ciltaltı ödem ve enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Genellikle daha ciddi komplikasyonlara ilerlemeden sınırlı kalan bu reaksiyonları bu çalışmamızda minör enfektif reaksiyonlar başlığı altında değerlendirmeye aldık ve preoperatif antibiyotik tedavisinin hem majör hem de minör febril belirtiler üzerinde olan etkisini araştırdık.

## MATERYEL VE METOD

Jinekolojik bir endikasyonla abdominal yoldan operasyon düşünülen 80 hasta çalışma kapsamına

alındı. Hastaların hepsi SSK Tepecik Doğumevi 1. Servisine yatırılan hastalardan seçildi. Birinci 40 hastalık grup tedavi grubu olarak seçildi ve bu gruptaki hastalara operasyondan 1 saat önce 2 gram cefoperazone sodyum intravenöz olarak yapıldı. Diğer hastalar kontrol grubunu oluşturdu ve bunlara preoperatif antibiyotik verilmedi.

Tüm hastalar operasyon öncesi genitoüriner ve solunum yolu enfeksiyonu yönünden araştırıldı ve gerektiğinde tedavileri yapıldıktan sonra operasyon alındı. Hastaların perineal, vajinal ve abdominal bölgeyi operasyondan 1 gece önce povidon iodine solüsyonu ile temizlendi. Batın operasyon bölgesi steril ped ile kapatıldı. Operasyon odasında batın tekrar povidon iodine solüsyonu ile silindi. Vajende aynı solüsyonla silinerek idrar sondası takıldı. Operasyonda fasial tabaka dikildikten sonra cilt altı steril serum fizyolojik ile yıkandı ve cilt altı tabakası 2/0 normal katgüt ile, cilt 2/0 ipek sütürlerle 1.5 cm aralıkla kapatıldı ve povidon-iodine solüsyonu ile silinerek örtüldü ve 48 saat açılmadı. Bundan sonra cilt dikişleri almana kadar hergün insizyon yeri povidon-iodine ile silinerek steril ped ile kapatıldı.

Hastaların 2. günden başlayarak 6 saat aralıklarla koltuk altı ateşleri taburcu olana kadar ölçüldü. Ayrıca ciltaltı, pelviste, üriner traktusta gelişen enfeksiyon belirtileri kaydedildi. Febril reaksiyon, birbirini takip eden 2 ölçümün 38 derecenin üzerinde olması hali olarak kabul edildi.

Ayrıca ciltteki ipek sütürlerin yarısında fazlasının etrafında hiperemi, ciltaltı ödem, insizyonal kızarıklık, seröz ciltaltı akıntısı gibi belirtilerden en az birinin olması minimal yara enfeksiyonu olarak kabul edildi.

Her iki grupta hastaların parametreleri, operasyon endikasyonları, febril insidans ve hastanede kalış süreleri karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler student't testi ve x<sup>2</sup> testi ile yapıldı.

## BULGULAR

Gruplar arasında hasta yaş ve parite, ortalama operasyon süresi, tahmini kan kaybı, pre ve postoperatif hematokrit değerleri yönünden anlamlı fark bulunmadı (Tablo 1). Yapılan operasyonlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Vajina ile ilişkisi olan histerektomi gibi operasyon oranı tedavi grubunda %72.5 iken kontrol grubunda %80 olup arada anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 1. Grupların hasta ve operasyonla ilgili parametrelerinin karşılaştırılması

Özellik	Tedavi Grubu	Kontrol Grubu
Yaş	42,2± 4,6	39,4± 3,7
Parite	2,6± 1,8	3,1± 2,3
<b>Operasyon süresi (dak)</b>	<b>104,1 ± 26,3</b>	<b>117,8± 33,2</b>
Kan kaybı (cc)	310± 24	280± 38
<b>Hematokrit (%)</b>		
Preop	36,9± 2,7	37,3± 3,7
Postop	32,1± 3,1	34,4 ± 1,4

(Tüm parametreler için P>0,05'dir. (± ) Standart deviasyon olarak verilmiştir).

Tablo 2. Her iki grupta yapılan abdominojinekolojik operasyonların dağılımı

Operasyon	Tedavi Grubu	Kontrol Grubu
<b>TAH (+ISSO)</b>	<b>29 (%72,5)</b>	<b>32 (%80)</b>
<b>Ovarial</b>	<b>9 (%22,5)</b>	<b>7 (%17,5)</b>
<b>Laparotomi</b>	<b>2 (5%)</b>	<b>1 (%2,5)</b>

Tablo 3. Postoperatif enfektif komplikasyonların gruplarda dağılımı

	Tedavi Grubu	Kontrol Grubu
<b>Febril Reaksiyon</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Majör yara enfeksiyonu</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Toplam</b>	<b>5</b>	<b>6 (P&gt;0,05)</b>
<b>Minör yara enfeksiyonu</b>	<b>7</b>	<b>12 (P&lt;0,05)</b>
<b>Hastane kalış (gün)</b>	<b>6,8± 2,1</b>	<b>7,1 ± 2,3(P&lt;0,05)</b>

Operasyon sonrası dönemde oluşan enfektif komplikasyonlar Tablo 3'de görülmektedir. Gruplar postoperatif ateş ve drenajı gerektiren yara enfeksiyonu yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel fark bulunmamıştır. Keza hastanede ortalama kalış süreleri her iki grupta pek farklı değildir. Tek anlamlı fark minimal yara enfeksiyonu olarak kabul ettiğimiz belirtilerin kontrol grubunda daha sık görülmesi olmuştur.

## TARTIŞMA

Preoperatif antibiyotik uygulamasının vajinal histerektomi ve enfeksiyon riski taşıyan sezaryen operasyonlarında postoperatif enfektif morbiditeyi azalttığı belirtilmektedir (1-5, 7-9). Vajinal histerektomi olgularında vajenin doğal bir florası olduğu ve

bu floranın uygun koşullarda patojenite kazanması ya da patojen mikroorganizmaların yerleşimini kolaylaştırarak postoperatif dönemde enfeksiyon problemleri yaratması beklenebilir. Genellikle de pratikte diğer operasyonlara göre vajinal operasyonlarda daha sık febril morbidite ile karşılaşırız. Keza, uzun süren travay, uzun süre membranın açık kalması, bol vajinal tuşe gibi kondisyonlarda sezaryen sonrası enfektif komplikasyonlara daha sık rastlanması tehlikesi mevcuttur (10,11). Bu nedenle bu tip olgularda da pre ya da perioperatif antibiyotik tedavisi olumlu sonuçlar verebilir ve pratikte de uygulamalarımız bu beklenti yönünde sonuç vermektedir.

Bu amaçla, uygulamada daha çok, jinekolojik ve obstetrik uygulamalarda karşımıza çıkması olası mikroorganizmalara (anaerob ve gram negatif suşlar) etkili olabilecek kimyasal yapıya sahip antibiyotikler kullanılmaktadır. En çok 3. jenerasyon sefalosporinler tercih edilmekte ve etkili olduğu belirtilmektedir (12). Çalışmamız bu amaçla en güçlü olduğu iddia edilen bu gurubun bir elemanı olan cefoperazone sodyum ile yapılmıştır.

Planlanmış ve önceden gerekli hazırlığında titizlik gösterilmiş abdominopelvik operasyonlar için profilaktik antibiyotik kullanma gerekliliği tam olarak açıklanamamaktadır (13). Abdominal yoldan yapılan operasyonlarda barsak travmaları ve vajenden enfeksiyon bulaşması dışında başka enfeksiyon kaynağı görülmemektedir. Bu durumlar içinde gerekli önlemlerin alınması yeterlidir.

Preoperatif antibiyotik kullanımına karşı olanlar, özellikle 3. jenerasyon sefalosporinlere tek dozda dahi resistans geliştirdiğine dikkati çekerek ciddi bir enfeksiyon gelişmesi halinde seçeneklerin azalacağını ileri sürmektedirler. Ayrıca bu tip kullanım, pelvik abse, tromboflebit gibi önemli enfektif komplikasyonları önleyemediği, aksine daha ciddi ve fatal geçmesine neden olduğu belirtilmektedir (14). Bu nedenle intraabdominal eksplorasyon yapıp herhangi risk teşkil edecek bir durumla karşılaşırsa o zaman perioperatif antibiyotik rejiminin uygulanmasının daha doğru olacağını ve bu tip uygulama sonucu postoperatif morbidite insidansının preoperatif antibiyotik rejiminde görülenden farklı olmadığını göstermiştir (14).

Günlük ve ark. araştırmalarında abdominal jinekolojik operasyonlarda preoperatif sefuroksim profilaksisinin özellikle yara enfeksiyonunun önleme açısından çok etkili olduğunu belirtmişlerdir (15).

Çalışma incelendiğinde 20 kontrol olgusunun 5'inde (%25) yara enfeksiyonu geliştiği görülmektedir. Bu yüksek oran preoperatif antibiyotik uygulaması ile sifıra düşürülmüştür. Bu kadar yüksek oranda yara enfeksiyonu görülen kliniklerde profilaktik antibiyotikten önce enfeksiyona yol açan diğer etkenlerin araştırılmasının daha sağlıklı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamız, preoperatif hazırlık titizlikle yapıldığı takdirde, postoperatif major enfektif morbiditenin preoperatif antibiyotik kullanımından etkilenmediğini göstermiştir. Sadece minor enfektif reaksiyonlar olarak tanımladığımız belirtiler (insizyon bölgesine kızarıklık ve hararet, ipek sütürler etrafında hiperemik odaklar, ciltaltı ödem ve seröz sızıntı) antibiyotik uyguladığımız grupta daha az görülmüştür. Ama bu tip reaksiyonlar antibiyotik kullanmadığımız hastalarda daha ciddi komplikasyonlara ilerlememiştir. Bu nedenle bu tip reaksiyonları önlemek için profilaktik antibiyotik kullanımının değeri tartışmaya açıktır.

Sonuç olarak, çalışmamız önceden planlanmış abdominal yoldan yapılacak jinekolojik operasyonlarda preoperatif profilaktik antibiyotik tedavisinin major febril ve enfektif morbiditeyi azaltmada yeterli düzeyde yararlı olmadığını ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Andoğau N, Altınlaş A, Doran F, Atay Y, Demir C, Vardar MA, et al. Sezaryen sectio sırasındaki akut korionionit ve profilaktik antibiyotiklerin rolü. *T Klin Jinekoloj Obst* 1991; 1:40.
2. Itskowitz J, Paldi F, Katz M. The effect of prophylactic antibiotics on febrile morbidity following cesarean section. *Obstet Gynecol* 1979; 53:162.
3. Uillard GD, Harris RE. Utilization of antibiotics for prevention of symptomatic postpartum infection. *Obstet Gynecol* 1977; 50:285.
4. Altınlaş A, Karanfil H, Gümbürdülü B, Arıdoğan N. Jinekolojik ve obstetrik operasyonlarda profilaktik antibiyotik olarak seftriakson ile ampisilin karşılaştırılması. *Kadın-Doğum Dergisi* 1985; 1:233.
5. Gümüştalan A, Durmuş Z, Orbay G, Sayılğan A. Primer Sezaryen olgularında iki dozluk ceftriakson uygulaması. *Kadın Doğum Dergisi* 1988; 4:61.
6. Scheidel P, Hold MK. Modern synthetic suture, materials and abdominal wound closure techniques in gynecologic surgery. In "Clinics in Obstetrics & Gynecology" 1987; 2:226.

7. Oormans E, Brandte Perioperative use of broad spectrum penicillins. Proceedings of an international symposium. Essen ERG 1985 May; 3-4.
8. Mendelson J, Portnoy J, Se Saint Victor JR, Gelfond MM. Effect of single and multidose cephadrine prophylaxis on infectious morbidity of vaginal hysterectomy Obstet Gynecol 1979; 53:31.
9. Duff P, Park RC. Antibiotic prophylaxis in vaginal hysterectomy: A review. Obstet Gynecol 1980; 55(Suppl 5): 193.
10. Green SL, Sanibbi FA. Risk factors associated with postcesarean section febrile morbidity. Obstet Gynecol 1977; 49:686.
11. Cunningham FG, Hault JC, Strong JD, Kappus SS. Infectious morbidity following cesarean section. Obstet Gynecol 1978; 52:656.
12. Dipiro JT, Bowden TA, Hooks VH. Prophylactic parenteral cephalosporins in surgery: Are the newer agents better? JAMA 1984; 252:3277.
13. Hemsell DL, Johnson ER. Cefoperazone and cefotaxim prophylaxis for abdominal hysterectomy. Obstet Gynecol 1984; 63:467.
14. Bates T, Siller G, Crahem BJ, Bradley SP, Zlounik RD, Couch C et al. Timing of prophylactic antibiotics in abdominal surgery: Trial of a pre-operative versus an Intra-operative first dose. Br J Surg 1989; 76:52.
15. Güلكdık A, Benhabip M, Seyrekbasan H. Jinekolojik operasyonların postoperatif morbiditesinin araştırılmasında perioperatif sefuroksim profilaksisi uygulanmasının etkinliği. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 1989; 3:146.