

Bölüm 51

Postoperatif Ateş

Dr. Serhan Can İŞCAN
Dr. Ali Oğuzhan HATİPOĞLU

Ateş tanımı değişkenlik gösterse de birçok kaynağa göre 38°C ve üzeri vücut sıcaklığı ateş olarak kabul edilmektedir. (Harrison G Weed, 2019) Postoperatif ateş tanımı ise operasyon sonrası birbirini takip eden 2 günde 38°C üzerinde veya operasyon sonrası herhangi bir günde 39°C üzerinde olan vücut sıcaklığıdır. (Tony A. Abdelmaseeh, 2019) İnsidans literatürde değişkenlik göstermekle birlikte; postoperatif ateş yaklaşık %13-14 oranında görülmektedir. (Jeff House, 2018) Jinekolojik cerrahi geçirenlerde bu oran %39 olarak bildirilmiş, bununla birlikte ateş gözlenen hastaların %92'sinde herhangi bir enfeksiyon saptanmamıştır. (Pile, 2006) Postoperatif ateş sıklıkla majör cerrahi sonrası ilk birkaç günde gözlenmektedir. Birçok vakada kendini sınırlayıcı bir tablo ile karşılaşılır, bu olgularda gözlem genellikle yeterlidir. Postoperatif ateş gözlenen hastaların daha az bir kısmında altta yatan ciddi problemler olabilmektedir. Bu nedenle postoperatif ateş gözlenen hastalarda ayırıcı tanı dikkatle yapılmalı, gerek görülen hastalarda ileri tetkiklerden yardım alınarak tedavileri gerçekleştirilmelidir.

Ayrıcı tanıda ateşin başlama zamanı önemli bir yol göstericidir. Örneğin ilk 48 saatte gelişen ateş büyük olasılıkla doku hasarıyla ortaya çıkan inflamasyon sonucu gelişen cerrahiye piretik cevap olarak düşünülür ve fizyolojik ateş olarak da nitelendirilen bu durum kendini sınırlayıcıdır. 48 saat sonra gelişen ateşte enfeksiyöz etyoloji insidansı artış göstermektedir. (Jeff House, 2018) ilk 24 saatte çıkan ateşin % 80'i enfeksiyon dışı nedenlere bağlı iken, bu oran ilk 48 saatte % 72'ye, ilk 72 saatte % 55'e

düşmektedir. Postoperatif 5.günde görülen ateşten ise %90 oranında enfeksiyon sorumludur. (Ayşe Willke, 2009) Postoperatif ateşe yol açan non-enfeksiyöz nedenlerin başlıcaları; ilaç ateşi (ciltte raş veya eozinofili ile birlikte olabilir), hematoma (ateş ile birlikte lökositoz), gut (eklemde ağrı ile birlikte), transfüzyon reaksiyonları, venöz tromboembolizm, pankreatit (komplike intraabdominal prosedürlerde), alkol yoksunluğudur. (sıklıkla zihinsel durum değişiklikleri ve adrenerjik hiperaktivite ile birlikte düşük dereceli ateş). (Pile, 2006)

Ateşi tanımlarken ani gelişen, akut-subakut, erken-geç, gecikmiş olarak ifade edilen belirli zaman gruplarına göre ayırım yapılabilir. Bu gruplandırma ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

Ani gelişen postoperatif ateş: Ameliyathane ya da operasyon sonrası saatler içinde oluşan perioperatif ateş olarak tanımlanmaktadır. Ayırıcı tanıda; inflamasyon sonucu gelişen cerrahiye piretik cevap, travma veya yanığın indüklediği inflamasyon, uygulanan medikal tedavilere veya kan ürünlerine karşı gelişen immün aracılı reaksiyon, malign hipertermi, cerrahi öncesinde var olan enfeksiyonlar yer almaktadır.

Postoperatif ateşin nedeni ilaçlar olabilmektedir. Ateş yapabildiği bilinen ilaçların bir kaç grup olarak aşağıda sınıflandırılmıştır (Alfallaj et al., 2017; Ayşe Willke, 2009).

Antibiyotikler; makrolidler, izoniazid, ampisilin, amoksisillin, piperasilin, vankomisin, gentamisin, streptomisin, amfoterisin, trimetoprim-sulfametazol ve sefalosporinler.

- Adrenal yetmezlik
- Tiroid fırtınası

Hastanın hikayesi cerrahi prosedürün tipini, zamanını, varsa intraoperatif komplikasyonlarını, komorbiditelerini içerecek şekilde detaylı olarak alınmalıdır. (Pile, 2006)

Hastanın aldığı çıkardığı takibi yapılmalı, verilen ilaçlar kontrol edilmeli, tüm sistemik muayenesi yapılmalıdır. Hastada görülen bir enfeksiyon varlığını tespit etmek için tüm vücut gözlemlenmelidir (sellülit, damar içi girişim yapılan alanlar).

Genellikle ilk 2 gün ileri tetkike ihtiyaç duyulmaz iken ileri tetkik gerekliliği hasta özelinde, hastanın semptom ve doktorun bulgularına göre tespit edilmelidir. Bilimsel kanıtlar ışığında febril morbiditenin %90'ında non enfeksiyöz nedenler varken genel bir alışkanlık olarak idrar tetkiki, tam kan sayımı, idrar ve kan kültürü, akciğer grafisi gibi tetkikler istenmektedir. Bu durum maliyet açısından yük getirmekte ve hastanede kalış süresini uzatmakta buna karışıklık hasta yararı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır (Sarah H. de la Torre, 2003).

İstenilecek tetkikler ve ayırıcı tanı için vital bulguların takibi yönlendirici olabilir. Hipotansif bir hastada venöz kan gazı, serum laktat seviyesinin belirlenmesi için gereklidir. Taşikardik hastada sıvı resüsitasyonuna rehberlik eder. Yatak başı yapılacak EKG ritmin değerlendirilmesinde, myokardiyal enfarktın dışlanması için kullanılabilir. Oksijen saturasyonunun %96-98 olması ya da karbondioksit retansiyonu olan KOAH hastaları gibi hastalarda %89-92 olması akciğerlerin sağlıklı olduğunu gösterir. Kan glukoz monitörizasyonunda yüksek değerler septik cevap göstergesi olabilir (Tony A. Abdelmaseeh, 2019).

Özellikle malignitesi olan, barsak rezeksiyonu yapılan, birkaç gün ateşi devam eden, yüksek ateşi olan ve beyaz küre yüksekliği bulunan hastalarda ileri inceleme gerekliliği vardır. Postoperatif ateşi olan hastalarda ileri tetkik istemi yaparken bu tip riskli hastalar belirlenerek tetkik istemlerinin bu hastalarla sınırlandırılması, istenilen tetkiklerden büyük ölçüde yararlanması anlamına gelmektedir (Sarah H. de la Torre, 2003).

Abdominal cerrahi sonrası ateşin önemli bir nedeni de derin abdominal abselerdir. Absenin, hema-

tom veya peritoneal sıvı birikiminden ayrımı çoğu zaman zordur. İntraabdominal sepsisten şüphelenen hastalarda ayrımın yapılmasında görüntüleme yöntemleri, iğne aspirasyonu yararlı olabilir. Nadiren eksplorasyon gerekebilir. Gram negatif aerob enterik basillere ve anaeroblara karşı ampirik antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır. Postpartum endometrit daha önce medikal problemleri olan, erken membran rüptürü olan, zor doğum hikayesi olan veya internal fetal monitorizasyon yapılan hastalarda doğum sonrası ateş, pelvik ağrı, pürülan vajinal akıntı ile karşımıza çıkan bir durum olarak akılda tutulmalıdır. (Harrison G Weed, 2019).

Kaynakça

1. Alfalaj, T. H., Aljaafary, R. A. M., Alqahtani, N. A., Altowirqi, K. A., Bagdood, S. F., Alabdullah, F. I., . . . Alghanim, Z. R. (2017). Causes and management of postoperative fever. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(7), 2771-2776.
2. Aysel Willke, M. T. (2009). Postoperatif Ateş. *ANKEM Dergisi*, 23(2), 86-88.
3. Harrison G Weed, M., MD, FACPLarry M Bad-dour, MD, FIDSA, FAHAVAnessa P Ho, MD, MPH, FACS. (2019). *Fever in the surgical patient* M. Amalia Cochran, FACS, FCCM, Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS (Ed.) Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/fever-in-the-surgical-patient>
4. Jeff House, I. A. (2018). Evaluation of postoperative fever. Retrieved from <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/898#referencePop1>
5. Johnson, M. K. (2008). Postoperative Fever. . In M. K. W. Myers J.A., Saclarides T.J. (Ed.), *Common Surgical Diseases*. New York, NY: Springer.
6. Maday, K. R. M., PA-C; Hurt, John B. MS, PA-C; Harrelson, Paul MSPAS, PA-C; Porterfield, John MD. (2016). Evaluating postoperative fever. *Journal of the American Academy of PAs*, 29(10), 23-28.
7. Narayan, M., Medinilla, Sandra P. (2013). Fever in the postoperative patient. *Emerg Med Clin North Am*, 31(4), 1045-1058.
8. Pile, J. C. (2006). Evaluating postoperative fever. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 73(1), S62-66.
9. Sarah H. de la Torre, M., Lynn Mandel, PhD, and Barbara A. Goff, MD. (2003). Evaluation of postoperative fever: usefulness and cost-effectiveness of routine workup. *American journal of obstetrics and gynecology*, 188(6), 1642-1647.
10. Tony A. Abdelmaseeh, T. I. O. (2019). *Postoperative Fever* Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482299/>