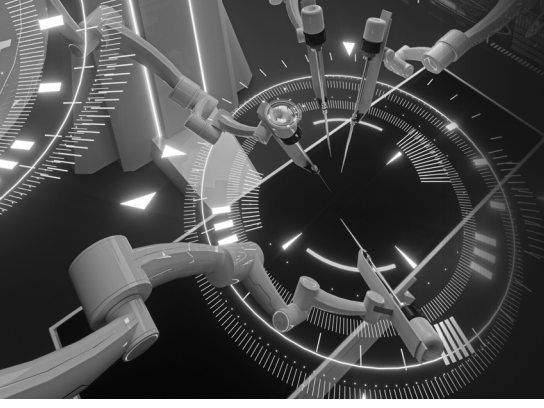




Bölüm

11

BATIN KAPATMA YÖNTEMLERİNDE YENİLİKLER

Recayi ÇAPOĞLU¹
Emre GÖNÜLLÜ²

GİRİŞ

Abdominal insizyonların iyileşme süreci de vücuttaki diğer yaraların iyileşme sürecinden farklı değildir. Yaklaşık dört gün süren inflamatuvar fazı, yaklaşık 3 hafta sürecekte olan proliferatif faz takip eder. Proliferatif fazın takip eden matürasyon fazı bir yıla uzayabilir. Karın kapatılmasını takiben 20 hafta sonunda insizyon hattının dayanıklılığı, insizyon öncesi dönemdeki dayanıklılığının ancak %80'ine kadar sağlanabilir ¹⁻³.

Ameliyat sonrası ilk 1 haftalık dönemde insizyon hattındaki doku direncinin, insizyon dışında kalan diğer karın bölgelerine oranla %95 daha az olması beklendiğinden, insizyonun sağlamlığı ilk bir haftalık postoperatif dönemde öncelikle uygulanan batın kapama tekniğine bağlıdır⁴. İdeal bir batın kapama tekniğinde insizyon hattı boyunca enfeksiyonları engelleyebilecek sağlam bir bariyer oluşturulmalı, kapama sonrası dönemde fasyal ayrılma, fıtık oluşumu, sütür sinüs oluşumu ve fasya sütürasyonuna bağlı kesi yeri ağrısı gibi komplikasyonlar görülmemelidir ⁵. Batın kapatıldıktan sonra karşılaşılabilecek yara yeri komplikasyonları için hastaya bağlı risk faktörleri arasında diyabet gibi komorbid hastalıklar, yaş, kullanılan ilaçlar (steroidler, kemoterapötikler vb), stres, hormonlar, obezite, alkol ve sigara tüketimi, nütrisyon durumu vb faktörler sayılabilir ⁶. Yara

¹ Op. Dr, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, rcapoglu@gmail.com

² Op. Dr., Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, emre@gonullu.co

da internal oblik ve transversus abdominis kası absorbable sütürler ile yaklaştırılabilir. Eksternal oblik kasın aponevrozu ise tek tek sütürler veya devamlı sütür kullanılarak kapatılır. Emilebilen 2/0 sütürler tercih edilebilir ⁴.

Orta hat insizyonu

Fasya kapatılırken eğer linea alba üzerinden fasya açılmamışsa, ön ve arka rektus kılıfları mutlaka sütür içerisine alınmalıdır.

Fasya kapatılması sırasında uyulması gereken prensiplere ek olarak orta hat insizyonlarında yapılabiliyorsa gerilimsiz bir şekilde omentumun insizyon hattı altına çekildikten sonra fasyanın kapatılması, ileride oluşabilecek karın içi organlar ile karın arka duvarı arasındaki yapışıklıkları önleyebilir.

Orta hat insizyonları insizyonal herni oluşumunu, yara yeri enfeksiyonunu, yarada sinüs, fistül oluşumunu azaltabilmek için tek tek değil devamlı monofilament sütür ile kapatılmalı, nonabsorbabl sütürler yerine yavaş absorbe olan sütürler kullanılmalıdır ^{4,9,28}.

Packing

Packing uygulanan durumlarda ilk ameliyatta asya genellikle açık bırakılır. Sonrasında sekonder iyileşme, negatif basınçlı teknikler kullanılarak fasya kapatılması veya geciktirilmiş sekonder fasya kapatılması tercih edilebilir. İçi boş organ perforasyonunun olduğu durumlarda, intraabdominl apse durumunda veya ostomi kapatılırken cerrahi alan enfeksiyonu gelişme ihtimali daha fazla olduğu için primer fasya kapatılmasındansa geciktirilmiş seonder yara kapatılması tercih edilmelidir ^{4,29}.

SONUÇ

Fasya kapatılırken tek tek sütürler yerine devamlı sütür tercih edilmelidir. Sütür atılırken muskuloaponeurotik ayrı ayrı değil tek seferde sütür hattına dahil edilmelidir. Fasya kenarlarından en az 5 mm en fazla 10 mm uzaklıktan geçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hardy MA. The biology of scar formation. *Phys. Ther.* 1989;**69**:1014–1024.
2. Rath AM, Chevrel JP. The healing of laparotomies: review of the literature. *Hernia* 1998;**2**: 145–149.
3. Douglas D M. The healing of aponeurotic incisions. *Br. J. Surg.* 1952;**40**:79–84.
4. Mizell JS, Chen W, Rosen M. Principles of abdominal wall closure. *UpToDate*, Waltham, MA. 2015.
5. Williams ZF, Hope WW. Abdominal wound closure: current perspectives. *OAS.* 2015;**8**:89–94.

6. Guo S, Dipietro LA. Factors affecting wound healing. *J. Dent. Res.* 2010;**89**:219–229.
7. Pearl ML, Rayburn WF. Choosing abdominal incision and closure techniques: a review. *J. Reprod. Med.* 2004;**49**:662–670.
8. Hodgson NC, Malthaner RA, Ostbye T. The search for an ideal method of abdominal fascial closure: a meta-analysis. *Ann. Surg.* 2000;**231**:436–442.
9. Diener MK, Voss S, Jensen K, Büchler MW, Seiler CM. Elective midline laparotomy closure: the INLINE systematic review and meta-analysis. *Ann. Surg.* 2010;**251**:843–856.
10. Alexander JW, Kaplan J, Altemeier W. A. Role of suture materials in the development of wound infection. *Ann. Surg.* 1967;**165**:192–199.
11. McGeehan D, Hunt D, Chaudhuri A, Rutter P. An experimental study of the relationship between synergistic wound sepsis and suture materials. *Br. J. Surg.* 1980;**67**:636–638.
12. Wang ZX, Jiang CP, Cao Y, Ding YT. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. *Br. J. Surg.* 2013;**100**:465–473.
13. Diener MK. *et al.* Effectiveness of triclosan-coated PDS Plus versus uncoated PDS II sutures for prevention of surgical site infection after abdominal wall closure: the randomised controlled PROUD trial. *Lancet* 2014;**384**:142–152.
14. Montz FJ, Fowler JM, Farias-Eisner R, Nash TJ. Blunt needles in fascial closure. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1991;**173**:147–148.
15. Nordkam, R. A. G., Bluysen, S. J. M. & van Goor, H. Randomized clinical trial comparing blunt tapered and standard needles in closing abdominal fascia. *World J. Surg.* 2005;**29**:441–5.
16. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. *Am. J. Surg.* 1998;**176**:666–670.
17. Rucinski J, Margolis M, Panagopoulos G, Wise L. Closure of the abdominal midline fascia: meta-analysis delineates the optimal technique. *Am. Surg.* 2001;**67**:421–426.
18. Ceydeli A, Rucinski J, Wise L. Finding the best abdominal closure: an evidence-based review of the literature. *Curr. Surg.* 2005;**62**:220–225.
19. Gates S, Anderson E. Peritoneal nonclosure in cesarean section. *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 2004;**190**:1807–1808.
20. Israelsson LA, Jonsson T. Closure of midline laparotomy incisions with polydioxanone and nylon: the importance of suture technique. *Br. J. Surg.* 1994;**81**:1606–1608.
21. Millbourn D, Cengiz Y, Israelsson LA. Effect of stitch length on wound complications after closure of midline incisions: a randomized controlled trial. *Arch. Surg.* 2009;**144**:1056–1059.
22. Muysoms FE, *et al.* European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall incisions. *Hernia* 2015;**19**:1–24.
23. Deerenberg EB. *et al.* Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): a double-blind, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2015;**386**:1254–1260.
24. Seid MH, McDaniel-Owens LM, Poole GV, Meeks GRA randomized trial of abdominal incision suture technique and wound strength in rats. *Arch. Surg.* 1995;**130**:394–397.
25. Meeks GR, Nelson KC, Byars RW. Wound strength in abdominal incisions: a comparison of two continuous mass closure techniques in rats. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1995;**173**:1676–82.
26. Colombo M, Maggioni A, Parma G, Scalabrino S, Milani RA Randomized Comparison of Continuous Versus Interrupted Mass Closure of Midline Incisions in Patients With Gynecologic Cancer. *Obstetrical & Gynecological Survey* vol. 1997;**52**:547–548.
27. Novitsky YW. *Hernia Surgery: Current Principles*. Springer. 2016.
28. Patel SV, Paskar DD, Nelson RL, Vedula SS, Steele SR. Closure methods for laparotomy incisions for preventing incisional hernias and other wound complications. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017;**11**:5661.
29. Bhangu A, Singh P, Lundy J, Bowley, D. M. Systemic review and meta-analysis of randomized clinical trials comparing primary vs delayed primary skin closure in contaminated and dirty abdominal incisions. *JAMA Surg.* 2013;**148**:779–786.