

MAJOR ABDOMİNAL JİNEKOLOJİK CERRAHİ SONRASI ERKEN ORAL BESLENMENİN ETKİLERİ

Hakan YETİMALAR, Atilla KÖKSAL, Volkan AKSAKALLI, Burcu KASAP, Küral ÇUKUROVA

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

ÖZET

Amaç: Jinekolojik onkoloji ameliyatlarından sonra yaygın olarak kullanılan nazogastrik dekompresyon ve yeterli barsak sesleri oluşuncaya kadar oral beslenme yapılmamasının gerekliliğini ve erken beslenmenin etkilerini araştırmak.

Gereç ve yöntemler: Eylül 2004 ile Mart 2005 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çeşitli jinekolojik endikasyonlarla major abdominal cerrahi geçiren 98 hasta hastane protokol numaralarının tek veya çift oluşuna göre randomize edildi. Çalışma grubuna post - op ilk 24 saat içinde oral gıda başlanırken kontrol grubuna post-op dönemde nazogastrik dekompresyon uygulandı ve gaz gaita çıkarımını takiben oral gıda verildi. İki grup oral gıdayı tolere etme, ileus tablosu oluşumu, analjezik ihtiyacı ve hastanede kalış süreleri ile postoperatif komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde Chi-square ve Fisher exact test kullanıldı.

Sonuçlar: Postop. erken dönemde oral gıda başlanılan çalışma grubunda normal gıdaya geçiş süresi, hastanede kalış süresi ve analjezik ihtiyacı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulundu. ($p<0.05$) İleus tablosu gelişimi akciğer enfeksiyonu, yara yeri enfeksiyonu, genitoüriner enfeksiyon gelişimi, tromboemboli gibi standart parametreler açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Tartışma: Post-op erken dönemde oral gıdaya başlanması ile ilgili yaptığımız çalışmada ameliyat sonrası takip ettiğimiz standart parametrelerde anlamlı bir fark olmaması ancak hastaların normal gıdaya geçiş süresi, hastanede kalış süresi ve analjezik ihtiyacının daha düşük olması nedeniyle hastaların konforu, normal fizyolojiye dönüşü ve ekonomik kazanım açısından erken dönemde oral gıda başlanması geleneksel uygulamalara göre daha avantajlı görünmektedir.

Anahtar kelimeler: erken oral beslenme, jinekolojik operasyon, postoperatif

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt: 7 Sayı: 1 Sayfa: 40- 4

SUMMARY

EFFECTS OF EARLY ORAL FEEDING AFTER MAJOR ABDOMINAL GYNECOLOGICAL OPERATIONS

Objective: Our aim is to investigate the effects of expanded use of nasogastric decompression and delaying oral feeding until the sufficient levels of bowel movements come back and early oral feeding after major abdominal surgical operations.

Materials and methods: We studied 98 patients who underwent major abdominal surgical operations with different gynecological indications at Izmir Atatürk Training and Research Hospital between September 2004 and March 2005. They are randomized according to their identity numbers whether being single or double. The patients in the study group were given oral feeding within the postoperative 24 hours while the patients in the control group were applied nasogastric decompression and they were given oral feeding just after the gas passage and stool discharge. Two

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Hakan Yetimalar. Oyak sitesi 2/13 sokak no: 5, 33blok d: 11, Balçova, İzmir.

Tel.: (0532) 237 18 80

e-posta: hyetimalar@yahoo.com

Alındığı tarih: 04.02.2009, revizyon sonrası alınma: 16.06.2009, kabul tarihi: 17.07.2009, online yayın tarihi: 18.09.2009

groups were compared by means of oral feeding toleration, symptoms of ileus, need of analgesics, hospitalization duration and postoperative complications. For statistical analysis we used Chi-square and Fisher Exact Tests.

Results: Transition to normal oral feeding, hospitalization time are shorter and also the need for analgesics were less at statistically significant levels in the study group in which we started early oral feeding in the postoperative period ($p < 0.05$).

We couldn't find significant differences between two groups by means of standart parameters like appearance of ileus symptoms, lung infection, incision site infection, genitourinary infection and thromboemboli formation.

Discussion: In our study, postoperative early oral feeding seems to be superior to traditional applications because of comfort of patients, return to normal physiology and economical acquisition by means of shorter duration for passage to normal oral feeding, shorter hospitalization duration and less need for analgesic unless there are no significant differences in postoperative follow up standart parameters.

Key words: early oral feeding, gynecological operation, postoperative

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol: 7 Issue: 1 Pages: 40- 4

GİRİŞ

Kanıtı dayalı tıp konsepti artık tıp uygulamalarında yaygın olarak benimsenmiştir. Böyle olmasına rağmen kesin bulgulara ve kontrollü randomize çalışmalara değil de bir anlamda geleneklere ve gözlemlere dayanan uygulamaların halen yaygın olarak tatbik edildiği görülmektedir. Major abdominal cerrahi sonrası hastaların beslenmesine ilişkin uygulamalar bunun en iyi örneklerinden birisidir.

Geleneksel olup halen yaygın olarak kullanılan postoperatif beslenme protokolünde özellikle jinekolojik onkolojik ameliyatların sonrasında nazogastrik sonda ile dekompresyon uygulanmaktadır. Aynı zamanda yeterli oranda barsak sesleri oluşuncaya kadar oral beslenme yapılmamaktadır. Barsak işlevlerinin normale döndüğüne inanıldığında ise ilk postoperatif gıda olarak berrak sıvı içirilmektedir. Ancak son yıllarda yapılan bazı çalışmalar erken dönem postoperatif beslenmede rutin nazogastrik dekompresyonun gerekli olmadığını, berrak sıvı alımının ve oral ilaç kullanımının emin ve etkili olduğunu göstermektedir⁽¹⁻⁴⁾.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Eylül 2004-Mart 2005 tarihleri arasında başvuran ve çeşitli benign ya da malign endikasyonlarla major abdominal cerrahi (Tablo I) geçiren 12-72 yaşlar arasındaki 98 kadın hasta çalışmaya alındı. Benign endikasyonlardan dolayı operasyona alınan hastalara basit histerektomi uygulanırken malign endikasyonu olan hastalara radikal

histerektomi uygulandı, operasyona pelvik ve paraaortik lenf nodu diseksiyonu eklendi.

Tablo I: Preoperatif veriler (demografi).

	Kontrol (n=46)	Çalışma (n=52)	p
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	
Yaş	46,41±10,73	41,83±13,87	0,073
BMI*	26,60±3,31	25,66±3,61	0,183
Operasyon süresi (dakika)	90,33±29,75	83,65±28,85	0,263
İntraoperatif kan kaybı (ml)	393,48±183,06	331,73±202,44	0,118
Operasyon tipi			
benign	34(%73,9)	41(%78,8)	0,565
malign	12(%26,1)	11(%21,2)	
Anestezi tipi			
epidural-spinal	15(%32,6)	17(%32,7)	0,993
genel	31(%67,4)	35(%67,3)	
İnsizyon tipi			
pf**	36(%78,3)	38(%73,1)	0,551
median	10(%21,7)	14(%26,9)	
Preoperatif Barsak Hazırlığı			
yok	2(%4,3)	4(%7,7)	0,788
standart	34(%73,9)	37(%71,2)	
3 günlük	10(%21,7)	11(%21,2)	

*BMI: Body Mass Index (Vücut Kütle İndeksi)

**Pf: Pfannenstiel

Gebeler ile postoperatif yoğun bakım ihtiyacı doğan, operasyonda barsak cerrahisi (appendektomi hariç) gereksinimi duyulan, barsak obstrüksiyonu gelişen hastalar, pelvik ya da abdominal radyasyon öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya alınan tüm hastalarda yaş, BMI (Body Mass Index: Vücut Kütle İndeksi), cerrahi prosedürün tipi, operasyon süresi, kan kaybı, intraoperatif sıvı ve

kan gereksinimi, inzisyon tipi ve anestezi tipi kaydedildi. Hastalar protokol numaralarının tek veya çift oluşuna göre randomize edilerek iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki 46 hastaya geleneksel yaklaşımla postoperatif barsak sesleri beklenerek gaz ve gaita çıkışını takiben ağızdan sulu gıda başlandı, sulu gıdayı tolere eden hastalara ertesi gün düzenli katı gıda verilmeye başlandı (Kontrol grubu). Diğer gruptaki 52 hasta postoperatif 1. gün gaz gaita çıkışına bakılmaksızın ağızdan beslenmeye başlandı. 500 ml sıvıyı tolere eden hastalarda ertesi gün düzenli katı gıdaya geçildi (Çalışma grubu).

Çalışmaya alınan tüm hastalara postoperatif ilk gün standart olarak IV (intravenöz) analjezik medikasyon yapıldı. Daha sonraki günlerde hastaların talebine göre analjezik medikasyon yapıldı. Epidural anestezi yapılan hastaların kateterleri çekildi ve aynı standart, hastanın talebine dayalı analjezi protokolü uygulandı.

Tüm hastalar ileus açısından günlük takip edildi. Takip kriterleri 24 saat içinde 2'den fazla kusma olması, barsak seslerinin olmaması ve abdominal distansiyon olarak belirlendi. Gruplar hastanede yatış süresi, oral alıma geçiş süresi, normoaktif barsak sesi elde edilene kadar geçen süre ve postoperatif komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.

Çalışma ve kontrol grubu arasında sınıflama düzeyinde ölçülen değişkenlerin karşılaştırılmasında Chi-Square Test ve Fisher's Exact Test, oranlama düzeyinde ölçülen parametrelerin karşılaştırılmasında Independent Samples t Test istatistiksel analizleri kullanıldı. Tüm analizler SPSS 10.0 for Windows istatistik paket programında %95 güvenle yapıldı ve $p>0,05$ istatistiksel olarak anlamsız; $p<0,05$ ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Tüm vakalarımızın demografik verileri Tablo I'de gösterilmektedir. Kontrol grubundaki 34 hastaya (%73,9) benign endikasyonlarla basit histerektomi yapılırken, çalışma grubundaki 41 hastaya (%78,8) basit histerektomi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki 12 hastaya (%26,1) malign endikasyonlardan dolayı radikal histerektomi uygulanırken, çalışma grubundaki 11 malign hastaya (%21,2) radikal histerektomi yapılmıştır.

Çalışmanın sonucunda elde olunan bulgular Tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo II: Bulgular (Postoperatif Veriler).

	Kontrol (n=46)		Çalışma (n=52)		p
Postoperatif ek sıvı gereksinimi	19	41,3	9	18,8	0,030*
İntraoperatif/postoperatif transfüzyon gereksinimi	12	26,1	11	21,2	0,565
Postoperatif akciğer problemleri	4	8,7	2	4,2	0,430
İdrar yolu enfeksiyonu	4	8,7	6	11,5	0,746
Yara yeri enfeksiyonu	9	19,6	6	11,5	0,271
Bulantı	9	17,3	14	30,4	0,126
Analjezik medikasyon gereksinimi	20	43,5	11	21,2	0,018*
Trombozis	0	0	0	0	-
Parenteral beslenme gereksinimi	0	0	0	0	-
Nazogastrik sonda gereksinimi	4	8,7	2	4,2	0,430
Kusma	4	8,7	6	11,5	0,746
Abdominal distansiyon	3	6,2	4	7,6	0,514
İleus	2	4,2	1	1,8	0,312
Hastanede yatış (gün)	4,02±0,71		3,13±0,56		0,000
Normalgıdaya geçiş süresi(saat)	33,78±9,41		26,08±4,43		0,000
Normoaktif barsak sesleri elde edilme süresi(saat)	12,47±2,43		11,65±3,03		0,146

Erken beslenme grubunun hastanede yatış ve normal gıdaya geçiş süreleri kontrol grubu ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü ($p<0,05$). Yine hastanın talebine göre uygulanan analjezik kullanımı ve postoperatif IV. sıvı gereksinimi çalışma grubunda anlamlı oranda daha düşük idi ($p<0,05$). Diğer parametrelerimiz gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

TARTIŞMA

1995 yılında Reismann ve ark. ile 1992 yılında Bickel ve ark. gastrointestinal sistem cerrahisi veya başka intra-abdominal cerrahi sonrasında hastalara erken dönemde normal gıda verilmesi ile herhangi bir morbidite artışı olmadığını bildirmişlerdir^(5,6).

Bizim çalışmamızda elde edilen bulgulardan total

kan nakli gereksinimi, akciğer problemleri, idrar yolu enfeksiyonu, yara yeri enfeksiyonu veya açılması, tromboemboli ve parenteral beslenmeye geçiş gereksinimi gibi postoperatif değerlendirilmenin gastrointestinal sistem dışı kriterleri karşılaştırıldığında çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklar saptanamadı. Yukarıdaki parametreler göz önüne alındığında erken postoperatif beslenmenin herhangi bir negatif yönünün olmadığı söylenebilir.

Geleneksel beslenme protokolünün gözlemlere dayanan gerekçesi ileus tablosu kaygısıdır. Burada diyetin sıvıdan başlayıp normal gıdaya geçilmesi gastrointestinal sistem fizyolojisinden çok barsak fonksiyonlarının fiziksel işaretlerine (barsak sesleri vb.) dayanmaktadır.

Finan ve ark. 1995 yılında jinekolojik ameliyatlardan 6-12 saat sonra incebarsakta, 12-24 saat sonra midede ve 48-72 saat sonra kolonda fonksiyonların döndüğünü bildirmişlerdir⁽⁷⁾.

Bununla birlikte gerçekten de gastrointestinal sistem ile ilgili parametrelerden nazogastrik sonda ile dekompresyon gereği ve buna paralel olarak distansiyon, ileus ve kusma oranları karşılaştırıldığında çalışma ve kontrol gruplarımız arasında anlamlı farklar saptayamadık. Bu bulgularımız benzer materyal ve metod ile yapılmış çağdaş literatür ile uyumludur.

Çalışma ve kontrol gruplarımız arasında saptanan anlamlı farklılıklar ise; normal gıda alınması için geçen süre, hastanede yatış süresi ve total analjezik kullanımı ile ilgili olarak saptandı.

Çalışma grubundaki hastalarımız ortalama 26,08 (24-36) saat sonra normal beslenmeyi sorunsuz olarak tolere edebildikleri halde kontrol grubundaki hastalarımız için bu süre 33,78 (18-48) saat olarak belirlendi ($p=0,000$).

Pearl ve ark. 1998 ve 2002 'de yayınlanan jinekolojik onkoloji hastaları ile yaptıkları postoperatif erken beslenme çalışmalarında benzer bulgulara ulaşmışlardır^(8,9).

Yine analjezik madde gereksinimi arasındaki farklar çok anlamlıydı. Bizim çalışma grubumuzdaki hastalarımızdan 11 tanesi (%21,2) postoperatif ilk günden sonra ek analjezik ilaç talep etmelerine karşılık, kontrol grubumuzda bu sayı 20 (%43,5) idi ($p=0,018$). Erken beslenme protokolündeki hastaların ağrı yakınmalarının çok daha az olması belirgin bir avantaj olarak düşünülmektedir.

Postoperatif dönemde erken ve geç beslenen

hastalar ile yapılan karşılaştırmalı yayınlarda ağrı bulgusunun ele alındığı çalışmalara literatürde çok rastlayamadık. Macmillan ve ark. 2000 yılında major abdominal jinekolojik operasyonlardan sonra erken ve geç beslenen hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında ağrı açısından anlamlı bir fark bildirmemişlerdir⁽¹⁰⁾.

Çalışma ve kontrol gruplarının arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir diğer fark ise hastanedeki yatış süreleri ile ilgiliydi. Erken beslenme protokolü uygulanan çalışma grubu hastalarımızın yatış süresi ortalama 3,13 (2-4) gün olmasına karşılık geleneksel beslenme protokolü uygulanan grup için bu süre 4,02 (3-5) gün olarak ortaya çıkmıştır ($p=0,000$).

Steed ve ark. major jinekolojik cerrahi uygulanan hastalarında hemen hemen aynı sonuçlara ulaşmışlardır⁽⁹⁾.

Major abdominal jinekolojik ameliyatlardan sonra geleneksel geç beslenme protokolünün geçerliliği artık yaygın olarak sorgulanmaktadır. Postoperatif erken dönemde beslenme ile ilgili bizim çalışmamızda ameliyat sonrası devrede standart parametrelerin çoğunda anlamlı farklılıklar olmamakla beraber ağrı, normal beslenmeye geçiş için gereken süre ve hastanede yatış süreleri ile ilgili ciddi anlamlı farklar saptadık. Dolayısı ile hastanın konforu, normal fizyolojiye dönüşü ve operasyonun total maliyeti ile ilgili postoperatif erken beslenme protokolü geleneksel uygulamalara göre daha avantajlı görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pearl ML, Valea FA, Fischer M, Mahler L, Chalas E. A randomized controlled Trial of early postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intra-abdominal surgery. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 94- 7.
2. Pearl ML, Thompson J, McCouley DL, Mahler L, Valea FA, Chalas E. A randomized controlled trial of early oral analgesia in gynecologic oncology patients undergoing intra-abdominal surgery. *Obstet Gynecol* 2002; 99:704- 8.
3. Reissman P, Teoh T-A, Cohen SM, Weiss EG, Nagueras JJ, Wexner SD. Is early oral feeding safe after elective colorectal surgery. *Ann Surg* 1995; 222: 73- 7.
4. Schilder JM, Hurteau JA, Look KY, Moore DH, Raff G, Stehman FB, et al. A prospective controlled trial of early postoperative oral intake following major abdominal Gynecologic surgery. *Gynecol Oncol* 1997; 67: 23.
5. Schilder JM, Hurteau JA, Look KY, Moore DH, Raff G,

- Stehman FB, et al. A prospective controlled trial of early postoperative oral intake following major abdominal gynecologic surgery. *Gynecol oncol* 1997; 67: 235- 40.
6. Bickel A, Shtamler B, Mizrahi S. Early oral feeding following removal of nazogastric tube in gastrointestinal operations. *Arch Surg*; 1992; 127; 287- 9.
 7. Gallvalan RH Jr Parks DA, Jacobson ED: Pathophysiology of gastrointestinal circulation. *Handbook of physiology, section 6, The gastrointestinal, System Schultz S. Am Physiol Soc, vol 1, 1989; part 1: 1713.*
 8. Hill GL: Body composition research: Implications for the practice of clinical nutrition. *JPEN J Enteral Nutr*: 1992; 16; 197- 218.
 9. Sing G, Ram RP, Khanna SK. Early postoperative enteral feeding in patients whit nontraumatic intestinal perforation and peritonitis. *J Am Coll Surg*: 1998; 187: 142- 6.
 10. MacMillan SLM, Kammerer-Doak D, Rogers RG, Parker KM. Early feding and incidence of gastrointestinal syptoms after major gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 604- 8.