

Yaşlı Hastalarda Abdominal Cerrahi Girişim (Prognostik Faktörlerin Değerlendirilmesi)

ABDOMINAL OPERATIONS IN ELDERLY PATIENTS

Dr. Nesime OKBOY, Doç.Dr.Özdemir AKTAN, ü.r.Cumhur YEĞEN,
Doç.Dr.Reşit İNCEOĞLU, Prof.Dr.Rifat YALIN

Marmara üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, İSTANBUL

ÖZET

1986-1989 yılları arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim dalında 60 yaş üzerinde cerrahi risk değerlendirmek amacıyla abdominal cerrahi girişim yapılan 157 yaşlı hasta retrospektif olarak incelendi. 52 erkek, 10 kadın hastada toplam 165 cerrahi girişim yapıldı. Hastalar ameliyat öncesi Goldman kardiyak risk indeksine ve yaş gruplarına göre sınıflandırıldı. Daha sonra morbidite, mortalite ve hastanede yatış sürelerine göre değerlendirildi.

Yaş gruplarına göre yapılan sınıflama sadece mortalite yönünden istatistiksel olarak anlamlı olup, morbidite ve hastanede yatış süresi açısından anlamlı bulunmadı. Oysa Goldman kardiyak risk indeksine göre yapılan sınıflama mortalite, morbidite ve hastanede yatış süreleri açısından anlamlılık taşıyordu ($p < 0,01$).

Bu çalışmada yaşın tek başına majör cerrahi bir risk taşımadığı, Goldman kardiyak risk indeksinin yaşlı hastaların ameliyat öncesi cerrahi risk yönünden değerlendirilmesinde yararlı olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Abdominal Cerrahi, Yaşlı Hasta

TKlinArştırma 1991,9:317-321

Geliş Tarihi: 30.6.1990

Kabul Tarihi: 12.1.1991

Yazışma Adresi: Doç.Dr.Özdemir AKTAN
Marmara Üniversitesi Hastanesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
81190 Altunizade, İSTANBUL

SUMMARY

157 elderly patients operated between 1986-1989 in Marmara University hospital, were reviewed retrospectively to evaluate the risk of abdominal surgery over 60 years of age. 165 operations were done on 52 male and 105 female elderly patients.

Preoperatively the patients were classified according to age and Goldman cardiac risk index and then evaluated for morbidity, mortality and in-hospital stay. While the mortality rate among patients classified according to age displayed a statistically significant difference ($p < 0.01$), the differences were insignificant in terms of morbidity and hospital stay. When the patients were classified according to Goldman cardiac risk index, the groups displayed statistically significant differences for morbidity, mortality and hospital stay ($p < 0.01$). We conclude that, Goldman cardiac risk index is useful for the assessment of operative risk in the elderly patients and age by itself is not a major factor as a operative risk.

Keywords: Elderly Patient, Abdominal Surgery

Turk Resc Med Sci 1991,9:317-321

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşam süresi uzamakta ve bu durum yaşlı hasta popülasyonunu arttırdığı gibi bu hastalarda cerrahi sorunları da arttırmaktadır (1). Ülkemizde altıncı beş yıllık kalkınma planına göre umulan yaşam

süresi 1985-1990 yılları için kadınlarda 68.36, erkeklerde 64.07 yıl iken, 2005-2010 yılları için kadınlarda 72.39, erkeklerde 66.56 yıla ulaşacağı umulmaktadır (2).

Yaşlı hasta popülasyonunda elektif ve acil cerrahi girişimler açısından cerrahlar /aman zaman karar vermekte güçlük çekmekte ve bu uygun tedavinin zamanında yapılmasını engellemektedir (3). Bu konuda prognostik risk faktörlerini araştırmak ve dahaz kantitatif bir ölçüt bulmak amacıyla hastanemizde abdominal cerrahi girişim yapılan 60 yaşın üzerindeki 157 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada M.Ü.T.F. Gevli Cerrahi Anabilim dalında Ocak 1986-Aralık 1989 tarihleri arasında abdominal cerrahi girişim yapılan 60 yaşın

üzerindeki 157 hasta değerlendirmeye alındı. 52 erkek, 105 kadın hastada toplam 165 cerrahi girişim yapılmıştı.

Hastalar ameliyat öncesi Goldman kardiyak risk indekslerine göre (1°,2°,3°,4°), (Tablo 1) ve yaş gruplarına göre (60-69,70-79,80 ve üstü yaş) sınıflandırıldı.

Tümü genel anestezi altında ameliyat edilen hastalar ameliyat sonrası en az 24 saat yoğun bakım ünitesinde tutuldu.

Yaş gruplarına ve Goldman kardiyak risk indekslerine göre ayrılan hastalar ameliyat sonrası mortalite, morbidite ve hastanede yatış sürelerine göre incelendi. Ameliyat sonrası 30 gün içinde veya hastaneden çıkmadan olan ölümler postoperatif mortalite olarak kabul edildi. Sonuçlar istatistiksel olarak ki-kare testiyle değerlendirildi.

SONUÇLAR

52 erkek, 105 kadın toplam 157 hasta, yaş gruplarına göre ayrıldığında 60-69 yaş grubunda 86 (26 erkek, 60 kadın), 70-79 yaş grubunda 48 (16 erkek, 32 kadın) ve 80 ve 80 yaş üstü grupta 23 hasta (10 erkek, 13 kadın) bulundu.

Goldman kardiyak risk kriterlerine göre sınıflandırıldığında ise 1. derecede (0-5 puan) 66, 2.

Tablo 1. Goldman'ın Kardiyak Risk İndeksi

KRİTERLER	Puan
1- Anamez	
a) 70 yaş üzeri	5
b) Son altı ay içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü	10
2- Fizik Muayene	
a) S3 Gallop veya vena jugularis dolgunluğu	11
b) Belirgin aort stenozu	3
3- EKG	
a) Son EKG'sinde sinüs veya APS dışında ritimler	7
b) Ameliyat öncesinde dakikada 5 tane fazla ventriküler atım	7
4- Genel Durum	
a) P02 50 mmHg'dan daha fazla, serum K meq/l'den küçük veya HCO ₃ 20 mg/dl'den küçük, BUN 50 veya kreatinin 3 mg/dl'den fazla, yüksek AST (SGOT). Kr. karaciğer hasarı belirtileri	3
5- Ameliyat	
a) Aortik, intralorak, intraperitoneal	3
b) Acil	4
TOPLAM	53

Tablo 2. 157 Hastada Yapılan Abdominal Cerrahi Girişimler

Kölesi isleklomi	70
Kolesistektomi +T-Tüp Drenajı	11
Kolesistektomi + Koledokoduodenostomi	7
Kolesistektomi + Sfinkteroplasti	3
Kolon Rezeksiyonu	28
Mide Rezeksiyonu	7
Vagotomi + Drenaj	3
Ulser Perforasyonu Nedeni ile Primer Dikiş	4
Diğer	32
"TOPLAM	165

Tablo 3. Elektif ve Acil Benign ve Malign Vakaların Mortalite ve Morbidite Oranları

	Mortalite	Morbidite
BENIGN		
Elektif	2/92 (2.17)	17/92 (18.47)
Acil	4/26 (15.38)	18.26 (95.69)
MALIGN		
Elektif	1/41 (2.43)	8/41 (19.51)
Acil	0/7 (0.0)	7/7 (100)

Risk derecesi	"Toplam puan	Komplikasyon yok veya minör	Yaşamsal komplikasyon	Kardiyak eksilis
1	0-5	Çı99	%0.7	<702
2	6-12	%93	%5	7/2
3	13-25	%87	7/11	72
4	26 ve üstü	7/22	7c22	7<56

derecede (6-12 puan) 63, 3. derecede (13-25 puan) 24 ve 4. derecede (26 ve üstü puan) ise 4 hasta bulunmaktaydı. 157 hastada yapılan 33 acil 132 elektif toplam 165 cerrahi girişim Tablo 2'de gösterilmektedir.

Bu seride genel operatif mortalite oranı %4.46 (7/157) olarak saptandı. Toplam 48 hastada komplikasyon gözlemlendi. Kardiyak komplikasyonlar 17 hastada (%27.41), 11 hastada yara enfeksiyonu (%17.74), 9 hastada solunum sistemine ilişkin komplikasyonlar (%14.51), 2 hastada tromboembolik olaylar (%3.22), 1 hastada evantrasyon (%1.61), 15 hastada ise diğer septik komplikasyonlar (intraabdominal kolleksiyon, anastomoz kaçağı, sepsis, sterkorol fistül, idrar yolları enfeksiyonu, yüzeysel tromboflebit, vs), (%24.19) saptandı. Kardiyopulmoner yetmezlik ve sepsisten ikişer hasta kaybedilirken, diğer ölüm nedenleri ARDS, hemorajik şok, hepatik koma (Tablo 4) oldu. Benign malign hastalık gruplarında ve elektif ve acil hasta gruplarındaki operatif mortalite ve morbidite oranları Tablo 3'te gösterilmektedir. Hastalar yaş gruplarına göre sınırlandırıldığında mortalite 60-69 yaş grubunda %7.46 iken 80 ve üstü grupta %8.7 olarak bulundu. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu halde (p<0.01) morbidite yönünden anlamlı bir farklılık elde edilmedi (p:0.3). Ortalama hastanede yatış süreleri sırasıyla 11,13 ve 14 gün olarak birbirine yakın değerlerde bulundu (Tablo 6).

Goldman sınıflamasına göre değerlendirildiğinde mortalite oranları sırasıyla %1.5, %1.6, %12.5 ve %50 olarak bulunurken, morbidite oranları %18.2, %30.1, %58.3 ve %75 olarak hesaplandı. Her iki değerde istatistiksel olarak anlamlılık taşıyordu (sırasıyla p<0.01, p<0.01). Ayrıca or-

talama hastanede yatış süreleri de sırasıyla 9,13,16 ve 17 olarak farklılık gösterdi.

TARTIŞMA

Ortalama yaşam sürelerinin gittikçe artması yaşlı hasta popülasyonunu ve bu popülasyonda tedavi edilmesi gerekli cerrahi hastalıkları arttırmaktadır. Yaş ilerledikçe abdominal cerrahi mortalite ve morbiditesi artmaktadır (4,5,6). Ancak hastalar sadece yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde bu değerlendirme eksik kalmakta ve bu da cerrahi karar vermekte zor durumda bırakmaktadır. Retrospektif olarak incelemiş olduğumuz 157 hastada mortalitenin yaş gruplarıyla korelasyon göstermesine karşın, morbidite açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yaşlı hastalarda bir diğer değerlendirme ise ASA sınıflamasıdır (American Society of Anesthesiologist Physical Status Scale), (3,5,7). Ancak hastaları 5 gruba ayıran bu sistem yaşlı hastaların ameliyat öncesi kalitatif değerlendirmesine olanak vermektedir.

1001 vakalık bir çalışma Goldman ve arkadaşları çeşitli klinik faktörlere ve laboratuvar bulgularına dayanan bir değerlendirme yapmışlar ve bu sınıflama ile ameliyat sonrası kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin korelasyon gösterdiğini saptamışlardır (7). Bizim hastalarımızın Goldman derecelendirmelerine göre yapılan mortalite ve morbidite değerlendirmelerinde hem mortalite ve hem de morbidite yönünden bu derecelendirmenin çok belirgin şekilde anlamlılık gösterdiği (p<0.00008 ve p<0.00003) ve ameliyat öncesi hastaların cerrahi risklerini değerlendirmede yalnız kardiyak yönden değil, genel cerrahi riski değerlendirme açısından da rahatça kullanılabileceğini ortaya koymuştur.

Tablo 4. 60 Yaş Üzerinde Abdominal Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Mortalite Nedenleri

Tam	Yapılan Cerrahi Girişim	Mortalite Nedenleri
1- Safra kesesi perforasyonu	Kolesistektomi +T — tüp drenaj	sepsis
2- Üst OİS kanaması	Mide rezeksiyonu	Kardiopulmoner yetmezlik
3- Portal hipert + kolelitiazis	Kolesistektomi + splenektomi	sepsis
4- Ekstrahepatik safra yolları tm.	Eksternal drenaj	hemorajik şok
5- Peptik ülserle bağlı pilor stenozu	Trunkal vagotomi + gastroenterostomi	Myokard infarktüsü
6- Portal hipertansiyon	Splenektomi	Karaciğer koması
7- Akut biliyer pankreatit	İnparatomi + drenaj	Akut solunum distressi sendromu (ARDS)

Tablo 5. Goldman Kardiyak Risk İndeksi Sınıflamasına Göre Mortalite ve Morbidite Oranları ve Ortalama Yatış Süreleri

Goldman	Mortalite	Morbidite	Yatış Süresi (gün)
1 (S:66)	1/66 %15	12/66 %18.2	9.7
2 (S:63)	1/63 %1.6	19/63 %30.1	13.4
3 (S:24)	3/24 %12.5	14/24 %58.3	16.8
4 (S:4)	2/4 %50	3/4 %75	17.2
	p<0.01	p<0.01	

Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre Mortalite ve Morbidite Oranları ve Ortalama Yatış Süreleri

Yaş Grupları	Mortalite	Morbidite	Yatış Süresi (gün)
60-69 yaş (S:86)	3/86 %3.4	23/86 %26.7	11.5
70-79 yaş (S:48)	2/48 %4.1	12/48 %25.0	13.0
20 yaş ve üstü (S:23)	2/23 %8.7	12/23 %56.6	14.6
	p<0.01	p:0.3	

Goldman kriterlerine göre sınıflandırılan hastalarda ortalama hastanede yatış süreleri de korelasyon göstermiş ve gruplar arasında bulunan yaş, ameliyat cinsi, respiratuar, üriner ve hepatik fonksiyon değerleri hastanın aynı zamanda genel bi değerlendirilmesine de olanak vermektedir.

157 hastada toplam 7 mortaliteden sadece ikisi kardiyak nedenlere bağlı olarak gelişmiş geri kalan mortaliteler diğer cerrahi komplikasyonlar sonucu olmuştur. Kardiyak nedenlerle ölümlerle sonuçlanan hastalar Goldman kriterlerine göre 2. ve 4. derecede idi. Diğer mortalite nedenleri de Goldman kriterlerine uyum göstermekte olup tüm mortalite nedenleri bir arada değerlendirildiğinde 1. ve 2. derecelerde mortalite %15.5 iken, 3. ve 4. derecelerde %17.85'e çıkmaktadır.

Sadece kardiyak ölümler değil tüm ölüm ve komplikasyon oranları Goldman dereceleri ile uyumluluk göstermektedir.

Cerrahi olarak tedavi edilen benign hastalıklar arasında biler sisteme ait girişimler tüm diğer çalışmalarda olduğu gibi ilk sırayı almaktadır (1,8,9,10). Elektif olarak ameliyat edilen benign ve malign hastalıklar grubunda mortalite yönünden bir fark bulunamamıştır. Genel olarak bu sistemlerin ortalama mortalite değerleri karşılaştırıldığında yaşlı hastalarda mortalitenin çok önemli derecede artmış olduğu görülmektedir (1,3,7). Tüm yaş gruplarında acil vakalar 2-4 kat artmış mortalite gösterirler (4,11,12,13). Bizim serimizde de elektif olarak ameliyat edilen hastalarda bu oran %12.12'ye yükselmektedir. Acil olarak ameliyat edilen malign hastalığı bulunan hastalarda mortalite oranının benign hastalıklara göre düşük olması muhtemelen bu grubun küçük olmasından kaynaklanmaktadır.

Yaşlı hastalarda cerrahi tedavi planlanırken en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. Hastanın yaşı ameliyat planını değiştirmemeli ameliyat süresini kısaltmak amacıyla en uygun cerrahi girişimden kaçınılmalıdır. Bizim hastalarımızda özellikle malign hastalarda radikal girişimler mortalite ve morbiditeyi etkilememektedir.

Son yıllarda anestezi tekniklerinin, ilaçların ve monitörizasyon sistemlerinin gelişmesi de uzun süreli ameliyatların yaşlı hastalarda da güvenli bir şekilde yapılmasına olanak sağlamıştır (14).

Sonuç olarak yaşlı hastaların cerrahi problemlerini değerlendirirken risk oranları açısından ameliyat öncesi Goldman kriterlerinin kullanılmasının uygun olduğu gözlemlendi. Bu oranlar kardiyak riske olduğu kadar diğer mortalite oranlarına da uyumluluk göstermektedir. Tek başına hastanın yaşı yapılacak uygun endikasyonlu cerrahi girişime engel olmamalıdır. Yaşlı hastalarda yapılacak cerrahi girişimler uygun zamanda ve iyi bir preoperatif hazırlık dönemi sonrası olmalıdır. Yaşlı hastalarda da gençlerde olduğu gibi en uygun cerrahi tedavi şeklinin seçilmesinin uygun cerrahi tedavi şeklinin seçilmesinin uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Reiss R, Deutsch AA, Nudelman U: Abdominal Surgery in Elderly Patients; Statistical Analysis of Clinical Factors Prognostic of Mortality in 1000 cases: Mount Sinai J of Med 1987,54:135-9.
2. Kocaman T: Altıncı Beş yıllık Kalkınma Planı Nüfus Tahmenleri; Ankara, DPT Sosyal Planlama Başkanlığı Araştırma Dairesi, Yayın ve Temsil Dairesi Matbaa Birimi 1989.
3. Reiss R, Deutsch AA, Eliashiv A: Decision Making Process in Abdominal Surgery in the Geriatric Patient: World J Surg 1983,7:522-6.
4. Greenburg AG, Sain RP, Pridham D: Influence of Age on Mortality of Colon Surgery. Am J Surg, 1985, 150:65-9.
5. Mohr DN: Estimation of Surgical Risk in the Elderly: A Correlative Review. J Am Geriatr Soc 1983, 31:99-102.
6. Synder SK: Surgical Treatment of Low-lying Carcinoma of the Rectum; Geriatr. Clin North Am 1985, 1:485-92.
7. Andres R, Biermann EL, Hazzard WR: Principles of Geriatric Medicine. Mac Graw Hill Book Company 1985.
8. Gaines RD: Surgery for Gallbladder Diseases in the Elderly. Geriatrics June 1977, 714.
9. Glenn F, Hays DM: The Age Factor in the Mortality Rate of Patients Undergoing Surgery of the Biliary Tract. Surg Gyn Obst Jan 1955, 11-8.
10. Horwitz A: Gallbladder Disease in the Aged. J Am Med As 1956,161:1219-23.
11. Broders CW, Banavides RA: Acute Cholecystitis in the Elderly. Geriatr Clin North Am 1985, 1:453-8.
12. Pollock AV, Evans M: Major Abdominal Operations on the Patients Aged 80 and Over: An Audit. Br J Surg 1987, 295:1522.
13. Waldron RP, Donovan IA, Drumm J, Motramm SN, Tedmann S: Emergency Presentation and Mortality from Colorectal Cancer in the Elderly. Br J Surg 1986, 73:214-6.
14. Gibson JR: Mendenhall MK, Axel NJ: Geriatric Anaesthesia, Minimizing the Risk. Geriatr Clin North Am 1985, 1:313-21.