

TİROİD AMELİYATLARINDAN SONRA YARANIN DREN KONULMADAN KAPATILMASI

Kâzım ERGİN(*)

Nusret TORUN()**

Semih BASKAN(*)**

GİRİŞ :

Boynun ön bölgesinin genellikle açık bulundurulmuş ve en çok göze çarpan bir bölge olması nedeniyle bu bölgede yapılacak ameliyatların bıraktıkları nedbe dokusu sorunu daima var olagelmış, günümüzde de bütün koruyucu yöntemlere rağmen önemini korumuştur. Tiroid ameliyatlarının büyük bir çoğunluğunun genç kadınlarda yapılması konunun kozmetik yönden önemini bir kat daha artırmaktadır.

Tiroid ameliyatlarından sonra meydana gelecek ameliyat nedbesinin teşekkülünde insizyonun yeri, şekli, yaranın dikilme tarzı ve kişinin yapısı etken roller oynayan en önemli faktörlerdir. Ayrıca araya girecek hematoma ve bilhassa infeksiyon cellulitis gibi komplikasyonlar kötü nedbe teşekkülünü kolaylaştırır.

Ameliyat bölgesinin kanlı oluşu, ayrıca tiroid dokusunun en kanlı organlardan biri oluşu ameliyat sonrası meydana gelebilecek kanama oranını diğer organ ameliyatlarına göre çok büyük ölçüde artırıyor. Bu nedenle tiroid ameliyatları sonucu ameliyat bölgesi genellikle rutin olarak drene edilir. Bu güne kadar kliniğimizde uygulanan yöntem bu idi. Konulan drenler yapılan ameliyatın cinsine bağlı olmakla beraber genel olarak

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Profesörü

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Doçenti

*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Asistanı

çift taraflı veya nadiren ortada ve tektir. Çok kere Radon dreni veya penroz dren kullanılır. Penroz drenlerde daha az olmakla beraber genel olarak dren yerlerinde belki de Platysma dikilmediği için alt tabakalara yapışmalar meydana gelir. Yutkunma esnasında bu yapışık kısımlar harekete uymadığı için çekilmeler görülür. Ayrıca bu kısımlarda nedbe daha geniş teşekkül eder. Her iki faktörün de estetik yönden önemli sakıncalar meydana getirdiği ortadadır. Bu bakımdan tiroid ameliyatlarının drenajsız (primer) kapanmayı düşündük ve bir seri hastamıza dren koymadık. Alınan sonuçlarda komplikasyon yönünden drenajlı vakalara oranla bir fark yok ise elbette ki bu yöntem nedbe yönünden büyük yararlar sağlayacaktır.

MATERYEL VE METOD :

Muhtelif tiroid ameliyatı yapılan ve dren konulmadan kapatılan 34 hasta ile yine muhtelif tiroid ameliyatı yapılmış, dren konulmuş 40 kontrol hastamız materyelimizi teşkil ediyor. Herhangi bir yanılmaya meydan vermemek için tiroidin malign hastalıkları dolayısıyla ameliyat edilen 7 vakayı serimize dahil etmedik.

Gerek drenajsız kapatılan 34 vakamızı gerekse dren konulan 40 hastamızı postoperatif günlerde muhtelif komplikasyonlar yönünden araştırdık. Ayrıca ameliyattan bir ay sonra kontrol muayenesine tabi tuttuk.

Vakalarımız 16 - 54 yaş arasında ve guatr hastalığı dışında sıhhatli kimselerdi. Materyelimizi oluşturan hastalarımızın cinsine göre dağılımı Tablo : I'de gösterilmiştir.

	Drenajlı	Drenajsız
Kadın	33	30
Erkek	7	4
Toplam	40	34

Tablo : I — Vakaların cinse göre dağılımı görülmektedir.

Materyelimizi teşkil eden hastalarımızın yapılan ameliyat şekline göre dağılımı Tablo : II'de gösterilmiştir.

	Drenajsız	Drenajlı
Bilateral subtotal tiroidektomi	6	11
Unilateral subtotal tiroidektomi	17	14
Unilateral total tiroidektomi	2	5
Unilateral subtotal - nodül eksizyonu	3	8
Nodül eksizyonu	6	2
Toplam	34	40

Tablo : II — Vakalarımızın ameliyat şekline göre dağılımı görülmektedir.

Postoperatif takipte komplikasyonlar yönünden vakalarımız takip edilip karşılaştırıldı. Elbetteki burada söz konusu olan komplikasyonlar drenaj yapıp yapmamaktan doğacak olan komplikasyonlardır. Bunlar da postoperatif hematom, bcyunda endurasyon, cellulitis ve belki de süpürasyondur. Ayrıca bu nedenler sebebiyle ameliyattan sonra hastanede kalma süreleri de incelendi.

Vakalarımızda ameliyattan sonra ortaya çıkan komplikasyonlar ve dağılımı Tablo : III'de gösterilmiştir.

	Drenajlı		Drenajsız	
	vaka sayısı	%	vaka sayısı	%
Hematom	1	2,5	—	0
Sellülit	1	2,5	1	2,9
Endurasyon	2	5	2	5,8
Süpürasyon	1	2,5	—	0

Tablo : III — Vakaların ameliyat sonu ortaya çıkan komplikasyonları ve dağılımı görülmektedir.

Vakalarımızın ameliyat sonu devrede hastanede kalma süreleri Tablo : IV'de gösterilmiştir :

	Drenajlı vaka sayısı	Drenajsız vaka sayısı
3 gün	—	10
4 »	2	11
5 »	19	8
6 »	12	1
7 »	7	4

Tablo : IV — Hastalarımızın ameliyat sonu devrede hastanede kalma süreleri görülmektedir.

Görüldüğü gibi drenajsız vakaların büyük bir çoğunluğu postoperatif 3 ve 4. günlerde taburcu olduğu halde drenajlı hastaların çoğunluğu 5 ve 6. günlerde hastaneden çıkmışlardır. Genel oranlamada drenajsız vakalar 4,3 gün ve drenajlı vakalar 5,6 gün yatmışlardır. Bu postoperatif hastanede kalma süresi drenajla ilgilidir.

Drenajsız vakalarda dikişlerin yarısı 1. ve diğer yarısı da 3. gün alınmakta ve hasta taburcu edilebilmektedir. Halbuki drenajlı vakalarda drenler genellikle 48 saat tutulduğu ve dren yerleri açık olduğu için dikişler 3 ve 5. günlerde alınabilmektedir. Ayrıca dikişlerin uzun süre kalışı da nedbe yönünden olumsuz etki yapmaktadır.

TARTIŞMA :

Tiroid ameliyatlarından sonra yaranın drene edilmesi konusu öteden beri tartışıl原因en bir konu olmuştur. Bölgenin çok kanlı oluşu, meydana gelebilecek kanamaların miktarı az olsa bile solunum güçlüğüne sebep olacağı hakikati asrımızın

başında cerrahları rutin olarak bölgeyi genişçe drene etmeğe götürmüştür. Kaldı ki başlangıçta ameliyat tekniğinin iyi bilinmemesi drenajı vazgeçilmez bir yöntem haline getirmişti.

Zamanla tekniğin gelişmesi, genel anestezi altında ameliyata geçiş, çok daha iyi imkânlarda ameliyat yapma şansını getirmiş, postoperatif kanamalar hissedilir derecede azalmıştır. Bu dönemden sonra bazı cerrahlar yarayı drenajsız kapamayı denemiş, hatta bazıları iyi sonuçlar almışlardır (3). Bugün için durum şudur: Birçok kliniklerde tiroid ameliyatlarından sonra rutin olarak drenaj yapılmakta (1), (6), bazı kliniklerde drenaj vakasına göre uygulanmakta, nadir bazı kliniklerde ise drenaj hiç yapılmamaktadır. Pieroy (5) vakaların çoğunda residüel kavitenin drene edilmesi lâzım geldiğini bildirmektedir. Bu, bilhassa rezeke edilen gland büyük ve damarlı ise endikedir. Hematomların genellikle drene edilmeyen kavitelerde oluştuğunu bildirmektedir. Her ne kadar pıhtı rezorbe olursa da ameliyatın haftasında kesi yerinin altında seruma bağlı bir şişliğin geliştiği ve bunun drene edilmesi lâzımgeldiği fikrini savunuyor. Sedgwick (8) ve Francillon (2) drenajın kaide olarak gerekli olmadığını savunuyorlar. Lahey Kliniğinde (4) yakın zamanlara kadar tiroidektomilerin hepsi drenajsız kapatılmış fakat bir kısım vakalarda hoş olmayan sızmalar sonucu görüşleri değişmiş ve böyle vakalarda drenaja gitmişlerdir. Schwartz ve arkadaşları (7) genellikle drenajsız ameliyatı savunmakta ama bazı cerrahların tiroid yatağına dren koymalarını anlayışla karşılamaktadırlar.

Burada hemen şunu söyleyelim ki her vakayı kesin olarak drenajsız kapatmak veya rutin olarak drene etmek taraflısı değiliz. Bu konuda vakaya ve ameliyata göre hareket edilmeli, drenajsız kapatmak ancak ileride sayacağımız şartlar mevcudiyetinde uygulanmalıdır.

Vakalarımızın incelenmesinde görüldüğü gibi drenajsız kapatılmış 34 vakamızın hiç birisinde hematom görülmemiştir. Drenajlı hastalardan birinde hematom görülmesi (% 2,5) takdir edilir ki rastlantıdır ve drenaja rağmen oluşmuştur. Endürasyona gelince: Drenajsız vakalarda daha sıklıkla görüleceği

beklenir. Ama drenajsız 34 vakamızın 2 tanesinde görülmüş (% 5,8), drenajlı 40 vakamızda ise keza 2 vakada görülmüştür (% 5). Görüldüğü gibi yüzdeler arasında pek fark yoktur. Vaka sayımızın çok az olmamasına karşılık komplikasyonların az oluşu güvenilir bir istatistik vermemekle beraber drenajsız kapatmanın endurasyon yönünden yine de büyük bir rol oynamadığını kanıtlayacak durumdadır. Keza cellulitis gerek drenajlı ve gerekse drenajsız birer vakamızda görülmüş ve yüzde olarak % 2,5 ve % 2,9 gibi yakın bir oran göstermiştir. Drenajsız vakalarımızda hiç süpürasyon görülmemiş, drenajlı bir vaka süpüre etmiştir. Yine elbette ki bu vakadaki süpürasyonu drenaja bağlamak beklenemez.

Görülüyor ki drenajsız kapatılacak vakalar iyi seçildiği takdirde drenajlılara oranla komplikasyonlar hiç de farkı olmamaktadır. Bir vakayı drenajsız kapatabilmek için bazı şartların gerekli olduğunu yukarıda söylemiştik. Öncelikle fleplerin disseksyonu çok dikkatli yapılmalıdır. Deri, derialtı ve Platysma aynı planda kesildikten sonra flep disseksyonu platysma ile trakea önü kaslarının fassiası arasından yapılırsa hemen hiç kanama olmaz. Önemli olan kanamaya sebep olup, hemostaz değil, hemostazı gerektirmeyecek şekilde kansız, dikkatli ve becerili bir disseksiyon yapmaktır. Fleplerin disseksiyonundan sonra tiroid önü kaslar orta çizgi üzerinden yukarıdan aşağıya ayrılırken herhangi bir yerden değil, her iki yan kasın ortada birleştiği kırışel kısımdan ayrılmalıdır. Buna rağmen yine de kanama olursa iyi bir hemostaz sağlanmalıdır. Dokuya varıldıktan sonra dokunun preparasyonu da dikkatli yapılmalı, hele parmakla disseksiyonda bazı venaların kopabileceği unutulmamalıdır. Bilhassa V. Thyreoidea media böyle disseksiyonlarda en çok zarar gören venadır. Üstelik bu künt disseksiyonda kopan ven, elastikiyeti sebebiyle büzüşüp kanamayabilir, ancak ameliyat sonu hastanın yaptığı eforlar ile açılarak büyük kanamalara sebep olabilir. Şu halde her iki tarafta bu ven mutlaka bulunup emniyete alındıktan sonra bağlanıp, kesilmelidir. Vv. Thyreoidea inferior'da arterlerden ayrı seyrettiği için bağlanması unutulduğu veyahut da N. Recurrens bölgesine yakınlığı dolayısıyla bağlanmasından korkulduğu hallerde ameliyat sonu ka-

nama ve hematoma sebep olurlar. Bu bakımdan a. Thyreoidea inferior bağlandıktan ve N. Recurrens görülüp veya hissedildikten sonra Vv. Thyreoidea inferior dikkatle kesilip bağlanmalıdır. A. Thyreoidea Superior'un bağlanması ayrı bir önem arzeder. Genellikle V. Thyreoidea superior hatta bir kısım tiroid dokusu ile birlikte bağlanmakta olduğundan bu kitle arasından arter kolaylıkla kaçabilmekte veya kalın doku ile birlikte bağlandığından yeterli kompression sağlanamamakta sonuç olarak da büyük, tehlikeli kanama ve hematoma sebepleri olmaktadır. Yahu, da üst kutubu bağlamak için doku fazla çekilmekte, arter veya dalları kopabilmektedir. Bütün bunların sonucu ameliyattan hemen sonra tehlikeli hematomalardır. Bu hallerde «üst kutubun kaçtığından» bahsedilir. Aslında yapılacak iş arter ve venayı iyice disseke ettikten sonra dokusuz olarak ve birden fazla yerinden emniyetle bağlamak ondan sonra gelmiştir. Bırakılacak doku parçası işaretlendikten sonra kesim aynı planda yapılmalıdır ki sonunda kapsüle etmek emniyetli olsun. Parça çıktıktan sonra kalan doku yüzeyindeki kanamalar dikkatle durdurulur ve kalan parça dikkatlice ve biraz da baskı göreceği şekilde kapsüle edilir. Bütün ameliyat sahası dikkatle kontrol edilir. Herhangi bir sızıntı yoksa, kalacak tavite çok büyük değilse vaka rahatlıkla drenajla kapatılabilir. Bu arada daha evvelce tiroid önü kaslarını usulüne göre kesmiş isek onların dikkatli dikilmesi, keza fleblerin alt yüzlerinin yeniden kontrol edilmesinin gereğini söylemeye hacet görmüyoruz.

SONUÇ :

Sunduğumuz bu çalışmadan ve tartışmasını yaptığımız konudan sonra pratik uygulamada bize yol gösterecek bazı sonuçları sıralayalım :

1. Tiroid ameliyatlarından sonra drenajın rutin olarak kullanılması gerekli değildir.
2. Ameliyatı yapan cerrah sonra bir kanama ihtimali olabileceğini düşünüyorsa drenaj lazımdır.
3. İyi bir teknikle çalışıp ameliyat sonunda emin bir hemostaz sağlanmışsa yara primer olarak kapatılmalıdır.

4. Drenajsız vakalarda komplikasyon drenajlılardan fazla değildir.

5. Drenajsız vakalarda dikişler erken alınabilmekte dolaşısıyla hem hasta erken taburcu edilebilmekte hem de dikiş izleri kalmamaktadır.

6. Drenajsız vakalarda insizyon yerinde yapışma, çekilme ve geniş sikatris gibi hoş olmayan haller meydana gelmemektedir.

ÖZET :

Tiroid ameliyatlarından sonra yaranın rutin olarak drene edilmekte olduğu kliniğimizde bazı ameliyat şartlarını yerine getirerek drenajsız kapatmayı denedik. Eğer sonuç komplikasyonlar yönünden olumlu ise bu yöntemin kozmetik yönden büyük bir avantaj sağlayacağını düşündük. Hakikaten belirli şartlar yerine getirildiğinde yaranın primer olarak kapatılmasının bir dezavantaj olmadığı, buna karşılık gerek yaranın erken kapanması ve gerekse bilhassa estetik yönden büyük bir avantaj sağladığı sonucuna vardık.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde über die Drainageproblemen nach der Kropfoperation diskutiert. Als Endergebnis wurden wir festgestellt, dass die routinemässig Drainage nicht unbedingt nötig ist. Wenn die erforderliche operative Massnahmen genügend und mit Geschicklichkeit geführt wird, kann die Operationswunde ohne weiteres primär genäht werden. Die Komplikationen sind nicht häufiger, demgegenüber aus der kosmetische Gesichtspunkt ist die drainlose Operation tadellos.

LİTERATÜR

- 1 — Akgün, S., Borçbakan, C. : Tiroidektomi tekniğı, boyun hastalıkları, A.Ü.T.F. Yayınları, 223, 1969.
- 2 — Francillon, J., Fochet, Y. : Chirurgie des tumeurs benignes du corps thyroide Encyclopédie medico-chirurgicale, 1 : 42055, 1967.
- 3 — Fuchs, P., Kummer, F. : Über spätergebnisse der Resection gutartiger Strumen Wien. Klin. Wochr. 73, 451, 1961.
- 4 — Lahey, F. H. : Technic of subtotal thyroidectomy, Surgical practice of the Lahey clinic W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1951.
- 5 — Piercy, J. E. : Surgery of the Thyroid gland, British Surgery, 111, 10, W. B. Saunders Co. London, 1950.
- 6 — Schleicher, A. : 40 Jahre Erfahrung in der Kropfchirurgie Chirurg 33, 1, 1962.
- 7 — Schwartz, S. I., Hume, D. M. : Surgery of the Thyroid, Principles of Surgery, 1312, Kogakusha Co. Tokyo, 1969.
- 8 — Sedgwick, C. E. : Surgery of the Thyroid gland, Surgical Technique 170 W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1974.