

Küçük Hücreli Akciğer Kanserlerinde Tedavi Sonuçları ve Prognostik Faktörlerin İncelenmesi

Lütfi Özkan*, Zerrin Özgen*, Orhan Kızılkaya*, Oktay İncekara*, Kayıhan Engin**

ÖZET. 1989-1991 yılları arasında Şişli Etfal Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğine "Küçük Hücreli Akciğer Kanseri" tanısı ile başvuran ve tedavi edilen 60 olgu prognostik faktörlerin ortaya konabilmesi amacıyla retrospektif olarak incelendi. Ortalama yaş 58 idi (sınırlar 35-85). Olgularda hastalık tanısı balgam sitolojisi, bronkoskopi yada aspirasyon biopsisi ile konulmuştu. Olguların 15'i (% 25) sınırlı hastalık, 45'i (% 75) yaygın hastalık olarak değerlendirildi. Olguların büyük bölümünde "Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)" performans durumu 2 ve 3 olarak bulundu. Sınırlı hastalık saptanan 15 olgunun sekizine (% 53) kemoradyoterapi ve yedisine de (% 47) yalnızca kemoterapi uygulanırken yaygın hastalık saptanan olguların 16'sına (% 36) kemoradyoterapi ve 29'unada (% 64) yalnızca kemoterapi uygulanmıştı. Sistemik kemoterapi amacıyla en sık kullanılan ajanlar yalnızca kemoterapi uygulanmıştı. Sistemik kemoterapi amacıyla en sık kullanılan ajanlar etoposid ve sisplatin idi. Toplam kemoterapi kür sayısı 6 iken kürler arası interval 28 gün olarak belirlendi. Radyoterapi sınırlı hastalık olan olgularda 3 kür kemoterapi sonrasında 30 Gy (10 x 3 Gy) olarak verildi. Başlangıçta vena kava superior sendromu olan olgularda radyoterapi kemoterapi öncesi uygulandı. Tüm olgular için medyan sağkalım 10.7 ay olarak bulundu. Medyan sağkalım süresi sınırlı hastalıkta 17 ay iken yaygın hastalıkta 8.6 ay idi ($p < 0.000$). Kemoradyoterapi uygulananlarda medyan sağkalım 13.3 ay iken yalnızca kemoterapi uygulananlarda bu süre 8.7 ay olarak hesaplandı ($p = 0.01$). Hastaların ECOG performans skorunda ($p = 0.015$ ve $p < 0.000$) diğer önemli prognostik faktör olarak ortaya çıktı.

Anahtar Kelimeler .Küçük Hücreli Akciğer Kanseri .Radyoterapi .Kemoterapi .Kemoradyoterapi. Prognostik Faktör.

SUMMARY. Sixty patients with small lung cancer, who were admitted to Şişli Children's Hospital between 1989 and 1991, were analyzed retrospectively to define prognostic factors. Median age was 58 with the range of 35-85. Fifteen patients (15 %) were assessed as limited disease (LD) and 45 (75 %) as disseminated disease (DD). ECOG Performance Status (PS) were found to be 2 and 3 in the majority of the cases. Eight of 15 patients with LD (53 %) received chemoradiotherapy (CRT) and 7 received chemotherapy alone (CT, 47 %) while 16 patients with DD (36 %) had CRT and 29 had CT (64 %). Most commonly used CT agents were cisplatin and etoposide. Median number of CT cycles was 6 and interval was 28 days. RT was administered with Co60 machine after 3 cycles of CT. Total RT dose was 30 Gy with 3 Gy per fraction given in 12 days. RT was given before CT for patients with vena cava superior syndrome. Median survival (MS) was 10.7 months for the whole group. Extent of disease, ECOG PS and treatment modality were the most important prognostic factors. MS was 17 months for patients with LD and 8.6 months for patients with DD ($p < 0.000$). It was 16.8, 11.1 and 5.5 months for patients with ECOG 1, 2 and 3, respectively ($p = 0.015$ and $p < 0.000$). MS was significantly better in patients who received combined modality treatment ($p = 0.01$).

Key Words. Small Cell Lung Carcinoma .Radiotherapy .Chemotherapy .Chemoradiotherapy .Prognostic Factor.

Tüm solid tümörlerin yaklaşık % 20'sini oluşturan ve en çok ölüme neden olan akciğer kanserlerinin yaklaşık % 20'sini oluşturan "Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK)" hızlı gidiş ve kısa sürede sistemik hastalığa dönüşme özellikleri ile karakterizedir^{1,2}. Metastatik yayılım bölgeleri mediastinal ve supraklaviküler lenfnodları, kemik iliği,

karaciğer, beyin ve sürrenallerdir. İlk tanı konulduğunda hastalığın % 84 oranında metastaz yapmış olduğu kabul edilmektedir^{2,3,4,5}. Bu özellikleri nedeniyle bugüne değin uygulanan tedavi yaklaşımları ile elde edilen sonuçlar yeterince yüz güldürücü değildir^{6,7}. Sistemik kemoterapi ile tam yanıt oranlarının yüksek olmasına karşın uzak

* Arş. Gör. Dr.; Şişli Etfal Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

** Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi ABD, Bursa

metastazların yanısıra lokal nükslerinde sık görülmesi bu hastalığın tedavisinde lokorejyonel radyoterapiyi tedavinin önemli bir komponenti haline getirmiştir^{6,8,9,10,11,12}. Eliot ve arkadaşları tam yanıt alınan sınırlı sayıdaki olguda yaptıkları otopsi çalışmasında olguların % 50'sinden fazlasında mediasten, pulmoner hiluslar ve akciğerdeki primer tümör bölgesinde hastalığın var olduğunu saptamışlardır⁴. Son yıllarda lokal hastalığın kontrolü amacıyla cerrahi rezeksiyonda uygulanmaktadır^{13,14}. Davis ve arkadaşları KHAK'li olgularda yaptıkları araştırmalarda uzun süreli sağkalım elde edilen hastaların çoğunluğunun cerrahi rezeksiyon uygulanan olgular olduğunu bildirmişlerdir¹⁵.

Gereç ve Yöntem

1989-1991 yılları arasında Şişli Etfal Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğine başvuran ve histopatolojik olarak KH AK tanısı konulmuş 60 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların tanıları başka merkezlerde konulmuş olup tanı yöntemi olarak balgam sitolojisi, bronkoskopik aspirasyon ve transtorasik iğne aspirasyon biopsisi kullanılmıştır.

Olguların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde en genç hastanın 35, en yaşlı hastanın 85 yaşında olduğu ve ortalama yaşın 58 olduğu saptandı. Olguların büyük bölümünü 50-70 yaş grubunun oluşturduğu gözlemlendi (% 68).

Olgular başvuru sırasında "Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)" performans değerlendirme skalasına göre skorlandı. Buna göre olguların büyük bölümünün (% 75) ECOG 2-3 olduğu belirlendi.

Tedavi öncesinde tüm olgularda hastalığın yaygınlık derecesini belirlemek üzere "Posterior-Anterior" (PA) ve lateral akciğer grafisi ve toraks Bilgisayarlı Tomografinin (BT) yanısıra tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri, "alkalen fosfataz" (ALP), kemik sintigrafisi ve batin ultrasonografisi yaptırılmıştır. Klinik olarak tutulum kuşkusu olan olgular kranial BT ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda 15 olguda sınırlı hastalık olduğu bulunurken 45 olguda yaygın hastalık saptanmıştır.

Sınırlı hastalık saptanan olguların 8'ine (% 53) kemoradyoterapi, 7'sine ise yalnızca kemoterapi uygulanırken yaygın hastalık saptanan olguların 16'sına (% 36) kemoradyoterapi, 29'unu (% 64) yalnızca kemoterapi uygulanmıştır. Radyoterapi sınırlı hastalık grubundaki olgulara lokorejyonel kontrolü sağlamak amacıyla 3 kür kemoterapi sonrası uygulanmıştır. Bu olgulara radyoterapi sonrası 3 kür daha kemoterapi uygulanarak kemoterapi 6 küre tamamlanmıştır. Yaygın hastalık saptanan olgulara radyoterapi palyasyon amacıyla uygulanmıştır.

Radyoterapi alanları primer tümör bölgesi, her iki hilus ve mediasteni kapsayacak biçimde düzenlenmiştir. Her iki gruba da 3 Gy'lik fraksiyonlarla 10 fraksiyonda ve 2 haftalık tedavi süresinde toplam 30 Gy olarak verilmiştir.

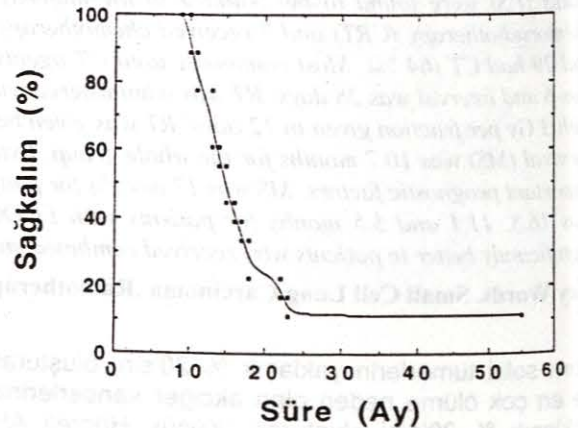
Kemoterapide etoposid-sisplatin kombinasyonu uygulanmıştır. Bu kombinasyon günlük doz etoposid için 120 mg/m², sisplatin 40 mg/m² olmak üzere 2 yada 3 gün süreyle ve 28 günlük intervallerle yapılmıştır. Her kemoterapi uygulamasından önce tam kan sayımı ve böbrek fonksiyon testleri kontrol edilmiştir. Başlangıçta böbrek fonksiyonları bozuk olan yada kemoterapi sırasında böbrek fonksiyonları bozulan olgular için kemoterapi şeması değiştirilmiştir.

Kemoterapi sırasında 3. kür kemoterapi sonrasında ve tedavinin tamamlanmasından sonra, radyoterapi uygulanan olgularda radyoterapi öncesi ve sonrasında direkt akciğer grafisi ile yanıtlar değerlendirilmiştir.

Olgular sonuçlara etkili olabilecek olası prognostik faktörler (yaş, hastalığın yaygınlık derecesi, ECOG performans durumu, uygulanan tedavi modaliteleri) tümünden sağkalım esas alınarak analiz edilmiştir. Sağkalım süreleri tedavi başlangıcından ölüm yada son izleme kadar geçen süre olarak belirlenmiştir. Sağkalım eğrilerinin elde edilmesinde sağkalım süreleri kullanılarak oluşturulan "yaşam-süresi tabloları" kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıkların istatistiksel analizleri "student t-testi" ile yapılmış ve "p değeri" anlamlılık sınırlı olarak "0.05" alınmıştır.

Bulgular

Tüm olgular için ortalama sağkalım süresi 10.7 ay (1-45 ay) olarak bulunmuştur (Şekil 1).



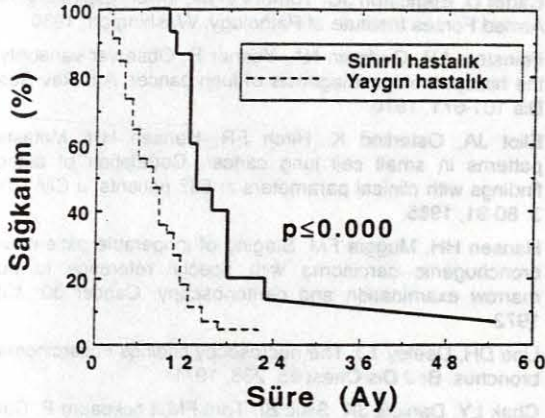
Şekil: 1

Tüm olgular için sağkalım eğrisi

Yaş ile sağkalım süreleri arasında bir ilişki gözlemlenmiştir.

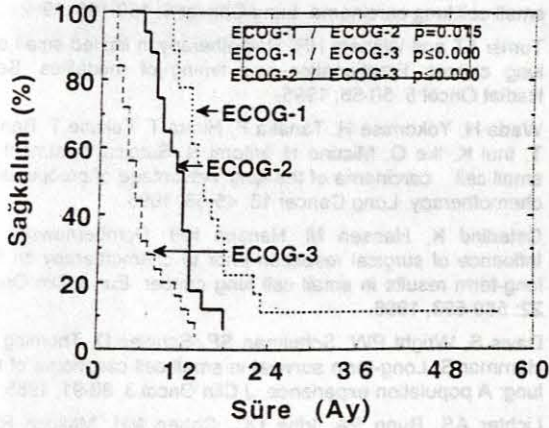
Sınırlı hastalık için bu süre 17 ay iken yaygın hastalık grubu için 8.6 ay olarak saptanmıştır (p< 0.000).

Sınırlı ve yaygın hastalıklı olguların sağkalım eğrileri Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil: 2
Sınırlı ve yaygın hastalıklı olgular için sağkalım eğrileri

ECOG performans durumuna göre olguların analizi yapıldığında ECOG-1 olarak değerlendirilen olgularda ortalama sağkalım 16.8 ay, ECOG-2 için 11.1 ay ve ECOG-3 için 5.5 ay olarak bulunmuştur. ECOG-1 ile ECOG-3 ve ECOG-2 ile ECOG-3 olgular için sağkalım süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.000$ ve $p < 0.000$). ECOG performans durumuna göre olguların sağkalım eğrileri Şekil 3'de verilmiştir.



Şekil: 3
ECOG performans gruplarına göre sağkalım eğrileri.

Olgular uygulanan tedavi modalitelerine göre incelendiğinde sınırlı hastalık saptanan olgularda yalnızca kemoterapi uygulananlarda sağkalım süresi 14.2 ay iken radyoterapi ve kemoterapinin kombine edildiği olgularda bu süre 19.4 aya çıkmıştır. Bu iki sağkalım süresi arasında olgu sayısının yetersizliği nedeniyle istatistiksel anlamlılığa erişilememiştir. Yaygın hastalıklı olgularda da yalnızca kemoterapi ile sağkalım süresi 7.2 ay iken bu süre kombine tedavi ile 10.2 ay olarak belirlenmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p = 0.02$). Kemoradyoterapi uygulanan olguların tümü için ortalama sağkalım

13.3 ay iken yalnızca kemoterapi uygulanan olguların tümü için 8.7 ay olarak bulundu ve aradaki fark anlamlı idi ($p = 0.01$).

Tartışma

KHAK'lerinde ayrıntılı evreleme çalışmaları maliyet, tedavi gecikmesi ve gereksiz yere inceleme yapılması gibi nedenlerle son zamanlarda tartışmaların odak merkezlerinden birisini oluşturmaktadır. Konvansiyonel evreleme çalışmalarında kontrastlı kranial BT, toraks BT, abdominal BT, kemik sintigrafisi ve bilateral kemik iliği biopsisinin maliyeti Amerika Birleşik Devletlerinde 2252 dolar iken ülkemizde 60 milyon TL dolaylarındadır⁹. Ayrıca ülkemiz koşullarında bu incelemelerin alacağı süre ve incelemeyi yapan cihazların optimal kullanımı göz önünde bulundurulursa konunun ülkemiz koşullarındaki önemi daha da ön plana çıkmaktadır.

Hastalığın evresinin prognozu etkilediği bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer pek çok çalışmada da gösterilmiştir^{9,17,18,19}. Ancak tek başına hastalığın yaygınlığı prognozu belirlemekten uzaktır^{9,17,18,19}. Çünkü yapılan çalışmalarda sınırlı hastalık grubundaki hastaların ancak çok az bir bölümünde uzun süreli sağkalım elde edilirken yaygın hastalık grubunda değerlendirilen olguların yaklaşık 1/4'ünde uzun süreli sağkalımlar elde edilebilmektedir⁹. Ayrıca yaygın hastalık grubundaki tam yanıt alınan olguların önemli bir bölümünde ilk nüks bölgesinin intratorasik olması bu olgulara lokal tedavi yöntemi olarak radyoterapinin rolünün olabileceğini göstermektedir^{6,9,13,14}.

KHAK'lerinde prognostik gruplamalar yapma eğilimi son yıllarda üzerinde durulan bir konudur^{20,21,22}. Bu konudaki çalışmalardan en önemlilerinden birisi İngiltere'de yapılmıştır²¹ ve üç kategori tanımlanmıştır:

Kategori 1; PS > 70, Albumin > 39 g/L, Na > 136 mmol/L, alkalin fosfataz < 1.5 x Normalin üst sınırı

Kategori 2; Kategori 1 ve 3'ün dışında kalanlar.

Kategori 3; Alkalin fosfataz > 3 x Normalin üst sınırı veya PS < 60 veya albumin < 36 g/L ve Na < 135 mmol/L

Danimarka grubunun yaptığı sınıflamada²² ise olgular aşağıdaki puanlamaya göre değerlendirilmektedir;

+ Laktik Dehidrogenaz (LDH)'nin normalin üst sınırı olan 450 U/L'den daha yüksek olması

+ Yaygın hastalık

+ Na < 132 mmol/L

+ Kanofsky performans durumu < 60

+ Alkalin fosfataz > 165 U/L (Normalin 1.5 katı)

+ Bikarbonat < 24 mmol/L

Yapılan değerlendirmede 4 ve üzerinde skoru olan olguların tümünün bir yıl içinde öldüğü, iki yıl ve üstünde yaşayanların tümünde skorun 0 veya 1

olduğu ve aradakilerin skor 2 ve 3 olduğu saptanmıştır.

Bizim olgularımızda yaptığımız değerlendirmede performans durumu ECOG 1 ve 2 olan hastalarda ECOG 3 olanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha iyi sağkalım göstermektedir. Yukarıda bahsettiğimiz her iki prognostik grupta da performans durumunun dikkate alındığı görülmekte ve buda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir^{21,22}

Olgularımızda dikkate aldığımız diğer bir prognostik faktörde yaş idi. Yapılan çalışmaların yalnızca az bir bölümünde yaşın prognostik önemde olduğu saptanmıştır⁹. Bizim olgularımızın sayısı yaş değerlendirmesi için yeterli değildi.

Değerlendirdiğimiz diğer bir faktörde uygulanan tedavi modalitesi idi. Sistemik kemoterapinin KHAK'lerinde tedavinin temelini oluşturduğu bilinmektedir¹⁰. Ancak son 20 yıldır özellikle sınırlı hastalıkta lokal radyoterapinin ortalama sağkalım sürelerini uzattığı ve uzun süreli sağkalım oranlarını arttırdığı kabul edilmektedir^{11,12,16}. Sistemik kemoterapi ile klinik tam yanıt alınan hastalarda intratorasik nüks oranı % 60'lar dolayındadır^{6,8,10}. Lokal radyoterapi ile bu oran % 30'lara düşmektedir^{11,12,16,17}. Bizim çalışmamızdaki tüm olgular dikkate alındığında ve yaygın hastalık grubu arasında radyoterapi ve kemoterapinin birlikte uygulanmasının sağkalım avantajı sağladığı gözlenmiştir. Sınırlı hastalık grubunda da kombine tedavi uygulananlarda daha yüksek sağkalım süresi elde edilmekle birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır. Bunun nedeni olgu sayısının yeterli olmasıdır. Yaygın hastalık grubunda farkın anlamlı olması bu gruptaki bazı olgularda lokoreyonel radyoterapinin yararlı olabileceğini ileri süren literatürle paralellik göstermektedir⁹.

Sonuç olarak KHAK'inde başlangıçta uygulanan ayrıntılı evreleme çalışmalarının ekonomik açıdan, zaman kaybı yönünden ve bu tetkikleri yapan birimlerin optimum kullanımı yönünden yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastalığın evresi tek başına prognozu belirlemede yetersiz kalmaktadır ve prognostik grupların oluşturulması gereklidir. Bunun içinde ayrıntılı çalışmalardan çok basit klinik, radyolojik ve biyokimyasal parametrelerden yararlanmak gerekir. Yaygın hastalık grubunda klinik tam yanıt alınan ve olumlu prognostik özellikleri olan olgularda lokal radyoterapinin etkisi araştırmaya açık bir konudur. Prognostik grupların oluşturulması için zaman kaybına yol açmayacak klinik, radyolojik ve biyokimyasal parametrelerin belirlenmesi amacıyla prospektif randomize çalışmalarının başlatılması gereklidir.

Dr. Lütfi ÖZKAN
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyasyon Onkolojisi ABD
Tel / Fax : 0 224 442 89 80
16059 Görükle / BURSA

Kaynaklar

1. Carter D, Eggleston JC: Tumors of the lower respiratory tract. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1980.
2. Feinstein AR, Gelfman NA, Yesner R: Observer variability in the histopathologic diagnosis of lung cancer. *Am Rev Respir Dis* 101:671, 1970.
3. Eliot JA, Osterlind K, Hirch FR, Hansen HH: Metastatic patterns in small cell lung cancer: Correlation of autopsy findings with clinical parameters in 537 patients. *J Clin Oncol* 3: 80-91, 1985.
4. Hansen HH, Muggia FM: Staging of inoperable patients with bronchogenic carcinoma with special reference to bone marrow examination and peritonoscopy. *Cancer* 30: 1395, 1972.
5. Line DH, Deeley TJ: The necroscopy findings in carcinoma of bronchus. *Br J Dis Chest* 65: 238, 1971.
6. Chak LY, Daniels JR, Sikic BI, Torti FM, Lockbaum P, Carter SK: Patterns of failure in small cell carcinoma of lung. *Cancer* 50: 1857-1863, 1982.
7. Spiegelman D, Maurer LH, Ware JH, et al: Prognostic factors in small-cell carcinoma of the lung: An analysis of 1521 patients. *J Clin Oncol* 7: 344-354, 1989.
8. Albain KS, Crowley JJ, Le Blanc M, et al: Determinants of improved outcome in small-cell lung cancer: An analysis of the 2580 patient Southwest Oncology Group data base. *J Clin Oncol* 8: 1563-1574, 1990.
9. Thatcher N, Anderson H, Burt P, Stout R: The value of anatomic staging and other studies. *Semin Radiat Oncol* 5: 19-26, 1995.
10. Natale RB: Chemotherapy in small cell lung cancer: The current state of the art. *Semin Radiat Oncol* 5: 33-39, 1995.
11. Engin K, Özkan L, Incekara O: Comparison of combined modality (chemoradiotherapy) with chemotherapy alone in small cell lung carcinoma. *Lung Cancer* 8: 159-168, 1992.
12. Turrisi AT and Withers HR: Radiotherapy in limited small cell lung cancer: Fractionation and timing of modalities. *Semin Radiat Oncol* 5: 50-56, 1995.
13. Wada H, Yokomise H, Tanaka F, Hirata T, Fukuse T, Bando T, Inui K, Ike O, Mizuno H, Hitomi S: Surgical treatment of small cell carcinoma of the lung: Advantage of preoperative chemotherapy. *Lung Cancer* 13: 45-56, 1995.
14. Osterlind K, Hansen M, Hansen HH, Domberowsky P: Influence of surgical resection prior to chemotherapy on the long-term results in small cell lung cancer. *Eur J Clin Oncol* 22: 589-593, 1986.
15. Davis S, Wright PW, Schulman SF, Scholes D, Thorning D, Hammar S: Long-term survival in small-cell carcinoma of the lung: A population experience. *J Clin Oncol* 3: 80-91, 1985.
16. Lichter AS, Bunn PA, Idhe DC, Cohen MH, Makuch RW, Carney DN, et al: The role of radiation therapy in the treatment of small cell lung cancer. *Cancer* 55: 2163-2175, 1985.
17. Lichter AS, Turrisi AT: Small cell lung cancer: The influence of dose and treatment volume on outcome. *Semin Radiat Oncol* 5: 44-49, 1995.
18. Vincent MD, Ashley SE, Smith IE: Prognostic factors in small cell lung cancer: A simple prognostic index is better than conventional staging. *Eur J Cancer Clin Oncol* 23: 1589-1599, 1987.
19. Cerry T, Blair V, Anderson H, et al: Pretreatment prognostic factors and scoring system in 407 small-cell lung cancer patients. *Int J Cancer* 39: 146-149, 1987.
20. Sagman U, Maki E, Ewans WK, et al: Small-cell carcinoma of the lung: Derivation of a prognostic staging system. *J Clin Oncol* 9: 1639-1649, 1991.

21. Shomi RL, Bradbury I, Geddes OM, et al: Prognostic significance of laboratory parameters measured at diagnosis in small cell carcinoma of the lung. Cancer Res 45: 2878-2882, 1985.

22. Osterlind K, Andersen PK: Prognostic factors in small cell lung cancer: Multivariate model based on 778 patients treated with chemotherapy with or without irradiation. Cancer Res 46: 4189-4194, 1986.

Perfore Apendisitli Çocuklarda Yara Kapatılması

Kamran Kılıç¹, İrfan Kanyılmaz², Aziz Şahin³, İsmail Akbaş⁴,
Arif Güllüoğlu⁵, Halim Bozdoğan⁶

Perfore apandisitli çocukların en önemli morbidite nedeni olarak kabul edilmektedir. Perfore apandisitli çocukların yara kapatılması tartışılmaktadır. Bu çalışmada, 12 çocuğunun ameliyatı yapıldıktan sonra yara kapatılması yerine yara açık bırakılması ve yara kapanma oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çocukların perfore apandisitlerinde yara kapatılması, primer yara kapatılması (PYK) ve primer yara kapatılmama (GPYK) sonuçlarına karşı karşılaştıkları komplikasyonlar ve hastanelerde kalış süreleri değerlendirilmiştir. 1980-1997 yılları arasında Kliniğimizde tedavi edilen 110 perfore apandisitli çocukta yara kapatılmayan (PYK grubunda) (% 18,2) komplikasyon gelişirken GPYK grubunda (% 17,9) komplikasyon gelişmemiştir. Aynı dönem için ilgili literatürlerdeki incelemelerde ise PYK grubunda (% 6,5) GPYK grubunda (% 1,5) $p = 0,03$, PYK grubundaki hastaların ortalaması HKS: $6,9 \pm 3,5$ gün iken GPYK grubundaki hastaların ortalaması HKS: $2,4 \pm 2,7$ gün olarak saptanmıştır ($p < 0,03$). Bu sonuçlar, her perfore apandisitli olguda da PYK yerine GPYK yapılması yararlı ve komplikasyon riskini azaltan bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

Özet: Perfore apandisitli çocuklarda yara kapatılması.

Perforated Appendicitis in Children With Perforated Appendicitis Abstract

Perforated appendicitis in children remains the most common source of morbidity of appendicitis. There still exist controversy concerning wound closure in children with perforated appendicitis. If the appendix found to be perforated, extensive wound immediately becomes contaminated and can spread to wound if closed. In this study, the results are compared in comparison of complication rates and length of hospital stay in the postoperative period between primary wound closure (PWC) and delayed primary wound closure (DPWC) in perforated appendicitis. We studied the clinical course of 110 children surgically affected with appendicitis in our clinic from 1980-1997. The wound complication rates in PWC and DPWC groups were 18.2 % and 17.9 % respectively ($p = 0.05$). Mean hospital stay (days) in PWC and DPWC groups were 6.9 \pm 3.5 and 2.4 \pm 2.7 days respectively ($p < 0.03$). We concluded that PWC is more advantageous than DPWC at complication rate and shorter hospital stay in children with perforated appendicitis.

Perforated Appendicitis Wound Closure

Perfore apandisitli çocukların yara enfeksiyonuna çocukların en önemli morbidite sebebidir. Perfore apandisitli çocukların yara kapatılması tartışılmaktadır. Bu çalışmada, 12 çocuğunun ameliyatı yapıldıktan sonra yara kapatılması yerine yara açık bırakılması ve yara kapanma oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çocukların perfore apandisitlerinde yara kapatılması, primer yara kapatılması (PYK) ve primer yara kapatılmama (GPYK) sonuçlarına karşı karşılaştıkları komplikasyonlar ve hastanelerde kalış süreleri değerlendirilmiştir. 1980-1997 yılları arasında Kliniğimizde tedavi edilen 110 perfore apandisitli çocukta yara kapatılmayan (PYK grubunda) (% 18,2) komplikasyon gelişirken GPYK grubunda (% 17,9) komplikasyon gelişmemiştir. Aynı dönem için ilgili literatürlerdeki incelemelerde ise PYK grubunda (% 6,5) GPYK grubunda (% 1,5) $p = 0,03$, PYK grubundaki hastaların ortalaması HKS: $6,9 \pm 3,5$ gün iken GPYK grubundaki hastaların ortalaması HKS: $2,4 \pm 2,7$ gün olarak saptanmıştır ($p < 0,03$). Bu sonuçlar, her perfore apandisitli olguda da PYK yerine GPYK yapılması yararlı ve komplikasyon riskini azaltan bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızın amacı perfore apandisitli çocuklarda tedavi edilen hastalarımızda primer yara kapatılması (PYK) ve geç primer yara kapatılması (GPYK) yöntemleri karşılaştırarak, görülen komplikasyonlar ve hastanelerde kalış süreleri açısından karşılaştırmak ve bu sonuçların kliniklerine ışık tutmaktır.

¹Doç. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı
²Uzmanlık Öğrencisi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı
³Yardımcı Doç. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı
⁴Prof. Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı