

# Gastrointestinal Cerrahide Erken Dönemde Sekonder Girişimler

Dr. Sezai YILMAZ, Dr. Betül BOZKURT,  
Dr. Ercüment KUTERDEM, Dr. İsmail KAYABALI

**Özet:** Son 20 yıldan beri, gastrointestinal cerrahide erken dönemde reintervansiyon, gittikçe artan bir önem kazanmıştır. 1969-1992 yılları arasında incelenen 389 hastadan oluşan bu seride, 167 (%42,9) mekanik komplikasyon, 68 (%17,4) kanama, 144 (%37) septik komplikasyon, 4(%1) postoperatif akut pankreatitis, 6 (%1,5) diğer komplikasyonlar yer almıştır. Etyopatogenez yönünden teknik hatalar, hipoproteinemi, çeşitli iskemiler, ventilasyon bozuklukları ve birkaç organ sisteminin birbiri peşinden iflasi önemlidir.

Serimizde erken postoperatif dönemde reintervansiyon oranı %1,65, mortalite %26,4'dür.

**Anahtar kelimeler :** Reoperatif gastrointestinal cerrahi, cerrahi komplikasyonlar, postoperatif ileus, postoperatif peritonitis.

**G**astrointestinal cerrahide, posoperatif erken dönemde sekonder girişim (relaparotomi, reintervansiyon) deyimi, gastrointestinal sistem organlarının hastalığı için cerrahi girişim geçirmiş ameliyatlıya, bu ameliyatı izleyen ilk 20 gün içinde yeni bir girişim yapılmasını zorunlu kılan acil bir durumun geliştiğini anlatır.

Bu problemi, tanı, etyo-patogenez ve tedavi

---

Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı

**Summary:** EARLY PERIOD SECONDARY ATTEMPTS (EARLY URGENT RELAPARATOMY) IN GASTROINTESTINAL SURGERY (Evaluation retrospectively of 389 cases)

Early urgent interventions in gastrointestinal surgery gained increasingly many importance within late 20 years. In this series consist of 389 patients who we investigated retrospectively between 1969 and 1992 years have been existing 167 (42,9 per cent) various mechanic complications, 68 (17,4 per cent) post-operative acute pancreatitis and 6 (1,5 per cent) others. The main reasons which causes relaparatomies were chiefly due to various technical disorders, hypoproteinemia, ischemia, respiratory distress syndrome and multiple organ system failure. Prognosis is obscure. Our overall mortality is 26,4 per cent and reintervention rate is 1,65 per cent.

**Key Words:** Reoperative gastrointestinal surgery, surgical complications, postoperative ileus, postoperative peritonitis.

yönünden, özellikle son yıllarda cerrahi teknik, reanimasyon, görüntüleme ve endoskopi alanında elde edilen gelişmelerin ışığında yeniden ele alınmanın gerekli olduğu kanısındayız.

Bu çalışmada, 1969-1991 tarihleri arasında Ankara Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD ile Dicle Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD ve 1989-1992 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü materyalinde bulunan toplam 389 hastadan oluşan karma bir seri retrospektif olarak incelenmiştir.

**Tablo I:** Serimizdeki patolojilerin sınıflandırılması

Hastalık	Olgu sayısı	Oranı (%)
Mekanik lezyonlar	167	42.9
Kanamalar	68	17.4
Septik komplikasyonlar	144	37
Postop.akut pankreatitis	4	1
Diğer	6	1.5
<b>Toplam</b>	<b>389</b>	

## MATERYAL ve METOD

Hastalarımızın %78,5'i erkek, %21,5'i kadındır. Erken sekonder girişimin, 10-50 yaşlar arasında en sık yapıldığı anlaşılmaktadır. En çok 2 defa (%92,5) girişim yapılmıştır, 3 defa reintervansiyon %6, 4 defa reintervansiyon %09 ve 5 defa reintervansiyon %045 oranındadır.

Serimizin sınıflandırılması Tablo: I'de gösterilmiştir.

Serimizin ayrıntıları, Tablo: II' de gösterilmiştir.

Çeşitli araştırmacıların verdiği sonuçlara göre, reintervansiyon oranı %1,13-5,7 arasında değişmektedir. (Tablo: III)

**Tablo II:** Serimizin ayrıntıları

Komplikasyon	Olgu sayısı	Eksitus Sayısı	Mortalite (%)
Evantrasyon	86	24	27.9
Postop. erken mekanik ileus	68	16	23.5
Mide operasyonları sonrası erken mekanik komplikasyon	13	5	38.4
Stress ülserleri	12	9	75
Hepato-biliyer operasyonlar sonrası kanamalar	23	2	8.6
Postgastrektomik erken kanama	19	1	5.2
İatrojenik dalak yırtılması	8		
Diğer kanamalar	6		
Cerahatlı peritonitis	48	26	54.1
Safıralı peritonitis	28	13	46.4
Diafragma altı absesi	56	2	3.5
Diğer karın içi abseler	4		
Postop akut taşsız kolesist.	2		
Postop karın duvarı gazlı gangreni	6	3	50
Postop akut pankreatit	4	2	50
Diğer	6		
<b>TOPLAM</b>	<b>389</b>	<b>103</b>	<b>26.4</b>

**Tablo III:** Çeşitli araştırmacıların reintervansiyon oranı

Yazar	Yıl	Reintervansiyon oranı (%)
Pichlmayr (17)	1974	5,7
Pusane (8)	1979	1,13
Hollander (44)	1982	4
Kayabali (4)	1983	2,8
Gündoğdu (47)	1986	2,54
Aghzadi (13)	1991	1,47
Serimiz	1992	1,65

## SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Bu alanda yakın zamanlara kadar yapılan yayın çok azdır. Bizim çalışmalarımız, 1968 yılında 35 vaka nedeniyle yapılan bir çalışmayla başladı (1). 1970 Eylül ayında İstanbul'da toplanan 16. Türk Cerrahi Kongresi'nde sunuldu (2). Bunu, 1970, 1983, 1985, 1987 yılındaki çalışmalar izlemiştir (3,4,5,6). 1977'de biz (7) ve 1981'de A. Pusane (8). konuyla ilgili birer kitap yayınladılar.

Relaparatomilerin arttığı bir gerçektir. Bu artış şu faktörlerle açıklanabilir:

1. Tanı olanaklarındaki gelişmeler: Bu bakımdan özellikle yeni görüntüleme yöntemleri önemli bir gelişme sağlamıştır (9,10,11,12).

2. Reanimasyon alanındaki gelişmeler: Bu şekilde, erken dönemde ve fazla riski olmayan girişimler yapmak mümkün olmuştur.
3. Bu konudaki bilgi ve görgülerin artması

Tüm bu konuda gelişmelere karşın, cerrahi patolojinin bu bölümü yeteri kadar aydınlanmış değildir.

### **Etyo-patogenezde etkin olan faktörler şunlardır:**

1. Teknik hatalar: Bunlar ameliyat manipulasyonlarına bağlı olduğu kadar tanı içinde geçerlidir. Bu bakımdan şu özellikler gözönünde tutulmalıdır (13,14,15):

- a. Doğrudan ameliyat teknik ve manipulasyon hataları
- b. Sert ve brütal manipulasyonlar
- c. Lezyonların tümünün farkedilememesi
- ç. Hemostaz noksanlıkları
- d. Septik materyal ve kanın karın boşluğuna akması
- e. Yetersiz drenaj
- f. Major cerrahi girişimlerin gittikçe artması
- g. Minör olduğu ileri sürülen rutin girişimlere yeteri kadar önem vermemek
- h. Kesilerin doğru bir teknikle kapatılmaması

2. Hipoproteinemi: Serum albumin fraksiyonunun 3 g/dl'dan az olmasının dikiş yetersizlikleri, mide barsak atonisi ve evantrasyonlara yol açtığı herkesce bilinen bir gerçektir (16)

3. İskemiler: Kanlanma noksanlıkları, arteriosklerotik, hipovolemik ve lokal tipte olabilir (4,7,17).

4. Ventilasyon bozuklukları (18,19,20)

5. Birçok sistemin birbiri peşinden iflası (Multipl Organ Yetmezliği): Çok önemli olan bu sendrom ancak 1970'li yıllardan sonra tanımaya başlanmıştır (17,21,22).

Serimizi sonuçlarıyla birlikte inceleyecek olursak:

### **1. Mekanik Lezyonlar:**

**a. Evantrasyon (Evisserasyon):** Bazı araştırmacıların kabul etmemesine karşın, biz komplet evantrasyonun (evisserasyon) önemli ve ciddi bir erken dönem relaparatomisi sebebi olduğuna inanmaktayız. Serimizin %22,5'ini (86 hasta) oluşturan evantrasyonların sebepleri, teknik hatalar dışında genellikle hipoproteinemi ve arteriosklerozistir (16,23). Bundan başka bazı longitudinal kesilerin özellikle evantrasyonlara yol açtığıda bilinen bir gerçektir (7). Bu seride 24 hasta kaybedildi. Mortalite oranımız %27,9'dur.

### **b. Postoperatif erken mekanik ileus:**

Cerrahide hiçbir problem, postoperatif erken mekanik ileus kadar deneyim gerektirmez. Burada en çok yapılan hata, mekanik bir ileusa, mide barsak atonisi olarak tanı koymak ve tedavi etmektir (7). Bunun sonucu, mortalitenin ileri derecede yükselmesidir. Mortalite bakımından verilen sayılar, son yıllarda bile %25-70 arasında değişmektedir (8, 24, 25, 26, 27, 28). Gidişi menmunluk verici olmayan tüm karın ameliyatlarında erken bir mekanik ileus düşünmek gerekir. Aynı şekilde postoperatif 3. günde barsak transiti başlamayan durumlarda da akla bir mekanik ileus gelmelidir (7, 17, 25, 29). En sık görülen tür brid ileustur, bunu ileum volvulusları izler. Ayrıca sıklıkla refakatçi bir peritonitide vardır. Serimizde de sonuçlar aynı doğrultudadır. Tedavi erken cerrahi girişimdir. 68 hastadan oluşan serimizde 16 hasta kaybedildi (%23,5).

### **c- Mide ameliyatlarından sonra gelişen erken mekanik komplikasyonlar**

Bu komplikasyonlar, genellikle gastrojejunostomilerin gerisinde, yapay olarak meydana gelen ceplerde oluşan strongulasyonlar, afferent ve efferent ans volvulusları veya jejunogastrik invajinasyonlardır (7,8). Klinik belirtiler yüksek bir ileus biçimindedir ve sıvı elektrolit dengesi hızla bozulur. Tanı gastroduodenoskopiyle kolaylıkla konabilir. Prognoz

oldukça karanlıktır. Mortalite %20-50 arasındadır. Serimiz 12 afferent ans volvulusu ve 1 boğulmuş Peterson fitiğinden oluşmaktadır. Mortalitemiz %38,4 (5 hasta)'tür.

## 2. Kanamalar

### a- Stress ülserleri:

Stress ülserlerinde prognoz, son yıllardaki tüm gelişmelere karşın, hemen daima kötüdür. (4). Mortalitemiz 12 hastada %75 (9 hasta)'tir.

### b- Karaciğer ve safra sistemi ameliyatlardan sonra gelişen kanamalar:

Burada öncelikle posthepatektomik, postkistektomik, postkolesistektomik ve posttravmatik sekonder kanamalar ile çeşitli hemobilyalar dikkate alınmalıdır (4, 7, 17, 30). Serimizi oluşturan hastalar arasında 23 vaka bulunmaktadır. Mortalitemiz %8,6 (2 hasta)'dır.

### c- Postgastrektomik kanamalar:

Bunlar intra veya ekstragastrik olan ve medikal tedaviyle durdurulamayan kanamalardır (17, 29). Serimiz 10 intragastrik, 9 ekstragastrik (peritoneal) kanamadan oluşmuştur. Bunlar arasında postoperatif dönemde, sert bir nazogastrik tüp konurken, mide mukozasının uzun bir bölümünün yırtıldığı 19 yaşında bir erkek hastada bulunmaktadır. İntragastrik kanamalarda tanı, gastroduodenoskopik olarak kolayca konabilir. Ekstragastrik kanamalarda tanı daha güçlüdür. Bu seride 1 ekstragastrik kanamalı hasta kaybedildi (%5,2).

### ç- İatrojenik dalak yırtılmaları:

Bu kanamalarda etyolojik faktör önceleri biyopsi veya splenoportografi için yapılan ponksiyonlar olduğu halde, günümüzde en önemli faktör, vagotomiler sırasında gelişen yırtılmalardır (31). Tedavide splenorafi öncelikli olmalıdır. 8 hastadan oluşan serimizde mortalite yoktur.

## d- Diğer kanama sebepleri:

Bunlar arasında, ileum rezeksiyonları sonrası gelişen 4, appendektomi sonrası gelişen 1 ve Whipple operasyonu sonrası pankreatikojejunostomi anastomozunda kanama olan 1 hasta vardır. Bu seride mortalite yoktur.

## 3. Septik Komplikasyonlar

### a- Cerahatlı peritonitiler:

Gastrointestinal sistem üzerinde yapılan tüm cerrahi girişimler cerahatlı peritonitise sebep olabilir. Günümüzde bu konuda en çok etkili olan faktörler, anastomoz kaçakları ve iskemik nekrozlardır (28). Stapler kullanılması da, bu tip peritonitileri arttırdığı bildirilmiştir (29). Serimizde mortalite oranı %54,1 (26 hasta) dir. Mortalite çeşitli araştırmacılara göre %48,4-80 arasındadır (28, 32).

### b- Safralı peritonitiler:

Çok ağır olan bu komplikasyon, gittikçe artmaktadır. Bu artış, bir yandan neepatobilyer sistem üzerinde yapılan girişimlerin gittikçe artmasına, bir yandan da antibiyotik ve steroidlerin daha fazla ve endikasyonsuz bir şekilde kullanılmasına bağlıdır. Safralı peritonitilerde ölüm sebebi hemolizdir (4, 7). 28 hastadan oluşan serimizde, mortalite oranı %46,4 (13 hasta) tür. Literatürde, mortalite %50-90 arasındadır (28).

### c- Diyafragma altı abseleri:

Serimiz 56 hastadan oluşmuştur. Subdiyafragmatik abselerin %93,7'si sağda lokalizedir ve %68,7 hepatobilyer, %25 mide duodenum hastalıkları için yapılan girişimlerden sonra gelişmiştir. Tanı ultrasonografi, CT scan veya magnetik rezonans ile kolaylıkla konabilir. Son yıllarda kapalı drenaj sisteminin gelişmesine karşın (10) bu serinin tümü açık drenajla tedavi edildi. Mortalite oranı %3,5 (2 hasta)'tir.

Tablo IV: Çeşitli araştırmacılara göre mortalite

Yazar	Yıl	Reintervansiyon sayısı	Mortalite (%)
Pichlmayr (17)	1974	85	49.4
Pusane (8)	1979	133	38.4
Hollander (44)	1982	238	58
Stoppa (45)	1982	149	32
Kayabalı (4)	1983	114	28
Harbsecht (46)	1984	?	48
Kayabalı (6)	1985	354	31.3
Gündoğdu (47)	1986	144	13.8
Aghzadi (13)	1991	44	20.4
Serimiz	1992	389	26.4

Tablo V: Serimizdeki mortalite faktörleri

Faktör	Oran (%)
Multipl organ yetmezliği	7.3
Hipovolemi	26.4
Sepsis	31.2
Akut böbrek yetmezliği	14.4
Elektrolit denge bozukluğu	9.6
Plöro-pulmoner komplikasyon	4.8

#### ç- Diğer karın içi abseler:

Serimizde 2 Douglas, 1 karaciğer ve 1 tanede karın duvarı absesi (toplam 4 hasta) vardır. 1970'li yılların başından beri tanı ve tedavide yeni görüntüleme yöntemlerinin büyük yardımı olmakla beraber postoperatif intraabdominal abselerde prognoz henüz iyileşmiş değildir (9).

#### d- Postoperatif akut taşsız kolesistit:

%48 gangrenli olan ve %7,5 delinme görülen bu tip hastalarda (33- 34) mortalite %5-10 arasında değişir (7, 34). Bu hastalık ağır streslere karşı organizmanın bir cevabı olarak kabul edilmiştir. Tanı ultrasonografi, CT scan ile kolaylıkla konulabilir (11). Tedavi acil kolesistektomi ve geniş periton drenajı biçimindedir. Genel durumu bozuk hastalarda kapalı kolesistostomi ile başarılı sonuçlarda bildirilmiştir (35). Bizim bu şekilde 2 hastamız olup, sonuçlarımız başarılıdır (36).

#### e- Karın duvarı gazlı gangreni:

1931'den beri dikkati çekmeye başlayan, bu çok ağır komplikasyon (37), tedavi alanındaki

tüm gelişmelere karşın henüz ciddiyetini korumaktadır (23). Bizim bu şekilde 6 hastamız vardır. Mortalitemiz %50'dir (3 hasta) (38).

#### 4- Postoperatif akut pankreatiti :

Bu mortal komplikasyonun etyopatogenezi henüz karanlıktır (39). Tanı bakımından ultrasonografi ve CT scan yardımcı olabilir (12). Prognoz karanlık olup, mortalite %50'nin üzerindedir. Medikal ve operatif tedav' tartışılabilir (29, 40). Son yıllarda acil e'oskopik sfinkterotomi önerilmiştir (41, 42) Operatif yöntemlerle tedavi edilen 4 hastamızın 2'sini (%50) kaybettik (43).

#### 5- Diğer komplikasyonlar:

Toplam 6 tanedir (%1,5). Bunlar arasında mide kanseri için yapılan subtotal distal gastrektomiden sonra gelişen bir mide g'ük nekrozu dikkat çekicidir.

Genel olarak tüm gelişmelere karşın prognoz kötüdür (Tablo IV). Prognozu kötü yönde etkileyen faktörler şunlardır (4, 13):

- Yaş: 60 yaş sonrası mortalite hemen hemen 2 kat artmaktadır (44).
- Sistemik hastalıklar: Mortaliteyi 2-3 kat arttırır (15).
- İlk hastahğın niteliği: Gastrointestinal girişimler mortaliteyi 5 kat arttırmaktadır (15).
- Reintervansiyonun gecikmesi (28).
- Teknik hatalar (14, 15).
- Reintervansiyon sayısı: Sayı arttıkça, mortalite bununla doğru orantılı olarak artar (4, 7, 45, 46).
- Komplikasyonların ağırlığı: Bu konuda en önde genel peritonitisler gelir (13, 28).

Serimizdeki mortalite faktörleri Tablo V'de gösterilmiştir. Bu faktörlerin birkaçı birarada bulunabilir. İlerleyen yıllara paralel olarak mortalitemizin azaldığı bir gerçektir.

Tedavinin temel ilkeleri şunlardır:

- İyi yönetilen enerjik bir reanimasyon tedavisi
- Mümkün olduğu kadar erken girişim.

- c. Kısa süreli, minimal (non-invaziv) ve hayat kurtarıcı bir girişim.  
 ç. Geniş periton drenajı.  
 d. Humoral bozuklukların hızla düzeltilmesi (sıvı, elektrolit, albumin vs).  
 e. Karaciğeri korumak

- f. Gerektiği gibi bir antibiyoterapi  
 g. Kısa aralıklarla yapılan bioşimik kontroller.

Ancak böyle bir tedavi ile gastrointestinal sistem cerrahisinde erken dönem sekonder girişimlerinde başarı elde edilebilir.

#### KAYNAKLAR

- Kayabalı I: Karın şirürjisinde post-operatif erken devrede reintervansiyon (35 vakada sebep, teşhis kriterleri ve sonuçlarının etüdü). Ank. Üniv. Tıp Fak. Mec., 1968; 21: 1123-1134.
- Kayabalı I: Karın şirürjisinde postoperatif erken dönemde reintervansiyon gerektiren durumlarda teşhis yolları ve tedavi sonuçları (36 vakanın etüdü). 16. Türk Cerrahi Kongresi, 10-13 Eylül 1969, İstanbul, Türk Cerrahi Mec., 1969; 21: 47-54.
- Kayabalı I, Duman M: Karın şirürjisinde post-operatif erken dönemde reintervansiyon (35 vakada sebep, teşhis kriterleri ve sonuçların etüdü). Sağlık Derg., 1970; 44: 3-14.
- Kayabalı I, Zayıfoğlu H, Acar H: Reinterventions precoces en chirurgie abdominale. Lyon Chir., 1983; 79 (4): 271-272.
- Kayabalı I, Keleşoğlu C: Karın cerrahisinde erken dönemde reintervansiyon. Dicle Inv. Tıp Fak. Der., 1985; 12: 13-24.
- Kayabalı I, Keleşoğlu C: Karın cerrahisinde erken dönemde reintervansiyon. Hastane, 1985; 39: 269-280.
- Kayabalı I: Karın cerrahisinde erken dönemde reintervansiyon. Ankara, Ank. Üniv. Tıp Fak. Yay., 1977; No: 359, 135 sah.
- Pusane A: Sindirim Sistemi Cerrahisinde Erken Dönem Relaparatomileri. İstanbul, 1981; 56 sah.b
- Fry DE, Clevenger FW: Reoperation for intra-abdominal abscess. Surg. Clin. North. Am., 1991; 71: 159-174.
- Gökçora IH, Kayabalı I, Demirci S, et al: Subdiaphragmatic abscesses: Myths and realities. Int. Surg; 1991, 76: 84-87.
- Mirvis SE, Vainwright JR, Nelson AW, et al: The diagnosis of acute acalculous cholecystitis: a comparison of sonography, scintigraphy and CT. Am. J. Surg., 1986; 47: 1171-1175.
- Silverstein W, Isikoff MB, Hill MC, et al: Diagnostic imaging of acute pancreatitis: Prospective study using CT and sonography. Am. J. Surg, 1981; 137: 497-502.
- Aghzadi-Traki R, Abutaieb R, Almou M, et al: La mentalite des interventions precoces en chirurgie appendoculaire et gastro-duodenale. A propos de 44 cas. Lyon Chir., 1991; 87: 388-390.
- Germain A: A propos de la reinterventions precoce en chirurgie abdominale. Mem. Ac. Chir., 1965; 91: 71-77.
- Monod-Broca P, Tentos P, Pajot A: A propos de 38 reinterventions precoces en chirurgie abdominale. Lyon Chir., 1964; 90: 379-383.
- Powanda NC, Moyer ED: Plasma proteins and wound healing, collect. Rev. Surg. Gynecol Obstet. 1981; 153: 749-755.
- Pichlmayr R: Postoperative complicationen, prophylaxie und therapie. Un vol. Springer Verlag edit., Berlin 1976.
- Ashbaugh D: Distress in adults. Lancet, 1967; 2: 319-323.
- Blaissdell FW: Pathophysiology of the respiratory distress syndrome. Arch. Surg., 1974; 108: 44-49.
- Pepe PE, Potkin RT, Reus DH, et al: Clinical predictors of the adulte respiratory distress syndrome. Am. J. Surg., 1982; 144: 124-130.
- Bell RC, Coalson JJ, Smith JD et al: Multiple organ system failure and infection in adulte respiratory distress syndrome. Ann. Int. Med., 1983; 99: 293-298.
- Wounters DB et al: The use of marlex mesh in patient with generalized peritonitis and multiple organe system failure. Surg. Gynecol. Obstet., 1983; 156: 609.
- Fry DE, Osler T: Abdominal wall considerations and complications in reoperative surgery. Surg. Clin. North Am., 1991; 71(1): 1-11.
- Ileus post-operatoire. Prevention et traitement. Discussion du Theme Europeen. 22 eme Congres autrichien, Linz 1981. Lyon Chir., 1982; 78: 145-150.
- Pickleman J, Lee RM: The management of patients with suspected early postoperative small bowel obstruction. Ann. Surg., 1989; 210: 216-219.
- Quatromani JC et al: Early post-operative small bowel obstruction. Ann. Surg., 1980; 191: 72-74.
- Tireli M, Madran H, Uslu A: Ameliyat sonrası erken dönemde görülen mekanik barsak tıkanmaları: 76 hastanın retrospektif değerlendirilmesi. Ulusal Cerr. Derg., 1988; 4: 67-70.

28. Zer M, Dux S, Dintzman M: The timing of relaparatomy and its influence on prognosis. A 10 years survey. *Ani. J. Surg.*, 1980; 139: 338-343.
29. Flint LM: Early post-operative acute abdominal complications. *Surg. Clin. North Am.*, 1988; 68: 445-455.
30. Kayabali I: Hemobilie traumatique. *Lyon Chir.*, 1967; 63: 103.
31. Kayabali I: İatrojenik dalak yırtılmaları. *Hastane*, 1980; 34: 186-189.
32. Hinsdale J, Jaffe B: Re-operation for intra-abdominal sepsis. *Ann. Surg.*, 1984; 199: 31-35.
33. Howard RJ: acute acalculous cholecystitis. *Am. J. Surg.*, 1981; 141: 194-198.
34. Orlando R, Gleason E, Drezner D: Acute acalculous cholecystitis in the critically ill patients. *Am. J. Surg.*, 1983; 145: 472-475.
35. Klimberg S, Hawkins J, Vogel SB: Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients. *Am. J. Surg.*, 1987; 153: 125-129.
36. Kayabali I, Uysal S: Post-operatif akut taşsız kolesistitis. *Hastane*, 1976; 31: 170-178.
37. Meleney FL: Bacterial synergism in disease processes with a confirmation of the synergetic etiology of a certain type of progressive gangrene of the abdominal wall. *Ann. Surg.*, 1931; 94: 961.
38. Kayabali I, Baç B, Gürel M: Gövdenin gazlı (anaerob) infeksiyonları. *Çağdaş Cerr. Derg.*, 1988; 2: 29-32.
39. Becker V: Pathological anatomy and pathogenesis of acute pancreatitis. *World J. Surg.*, 1981; 5: 303-313.
40. Peterson LM, Collins JJ, Wilson RE: Acute pancreatitis occurring after operation. *Surg. Gynecol Obstet.*, 1968; 127: 23-28.
41. Sons HU: Results of surgical treatment for acute pancreatitis. *Int. Surg.*, 1989; 74: 211-218.
42. Berthees M, Cuzin B, Barral F et al: Sphincterotomy endoscopique en urgence dans les pancreatites aiguës. *Lyon Chir.* 1988; 84: 24-27.
43. Kayabali I, Aras N, Kuterdem E: Post-operatif akut pankreatitis ve korunma. *Ank. Üniv. Tıp Fak. Mecm.*, 1982; 35: 515-518.
44. Hollander LF: Les relaparatomies en chirurgie abdominale; bolan et reflexions postant sur 238 cas. *Chirurgie*, 1982; 108: 43-51.
45. Stoppa R: Les reinterventions precoces en chirurgie abdominale. Reflexions tirees de l'etude de 149 cas. *Rev. Med. Picardie*, 1982; 10: 166-172.
46. Harbsecht PJ, Garison R, Fry DE: Early urgent relaparatomy. *Arch. Surg.*, 1984; 119: 369-374.
47. Gündoğdu RH: Sindirim Sistemi Cerrahisinde Erken Dönem Relaparatomileri. (Uzmanlık Tezi) Ankara, 1986.