

LAPAROSKOPİK HİSTEREKTOMİDE KOMPLİKASYONLAR

Prof. Dr. Gürkan Kıran

1. Anesteziyle ilgili komplikasyonlar
2. Hastanın pozisyonu ile ilgili komplikasyonlar
3. Giriş komplikasyonları
4. Mesane yaralanması
5. Üreter yaralanması
6. Bağırsak yaralanması
7. Vasküler yaralanma
8. Vajinal kaf komplikasyonları

Pozisyonel

- Trendelenburg pozisyonuna bağlı intraoküler ve intrakranial basınç artar

Pnömooperiton ile ilişkili

- Respiratuar asidoz (hiperkarbi)
 - Derin venöz tromboz
 - Subkutan amfizem
 - Pnömomediasten
 - Pnömotoraks
 - Pnömooperikardiyum
 - Preperitoneal insuflasyon
-

2. Hastanın pozisyonu ile ilgili komplikasyonlar

- Jinekolojik işlemlerde dorsal litotomi ve Trendelenburg pozisyonu tercih edilir
- Sinir basısına bağlı komplikasyonlar görülebilir
- Zayıf hastalarda (VKİ <20kg/m²) ciltaltı yağ dokusu daha ince olduğu için risk daha fazladır
- Diyabetik hastalarda sinir yaralanma riski daha yüksektir



Wechter et al. J Robotic Surg 2013

- Brakial pleksus

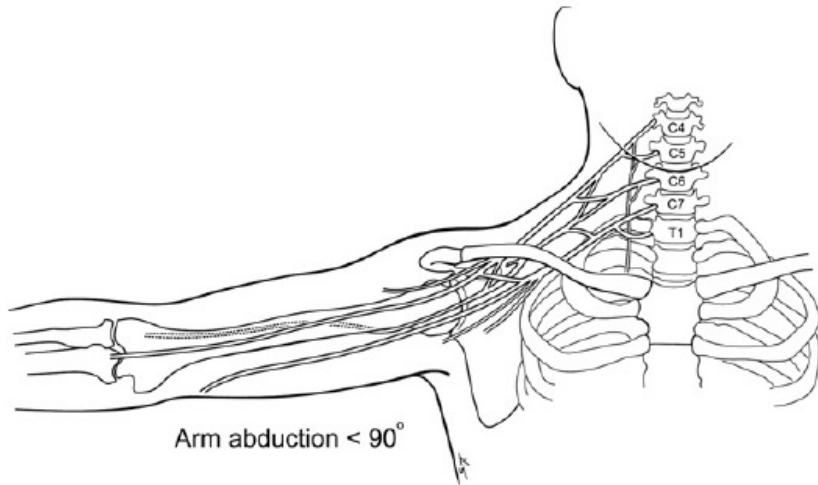


Figure 1 The brachial plexus. The nerves of the brachial plexus originate from the anterior nerve roots of C5-T1 and pass under the clavicle and over the first rib before innervating the arm. The trunk to arm angle should be less than 90 degrees.

- Femoral sinir

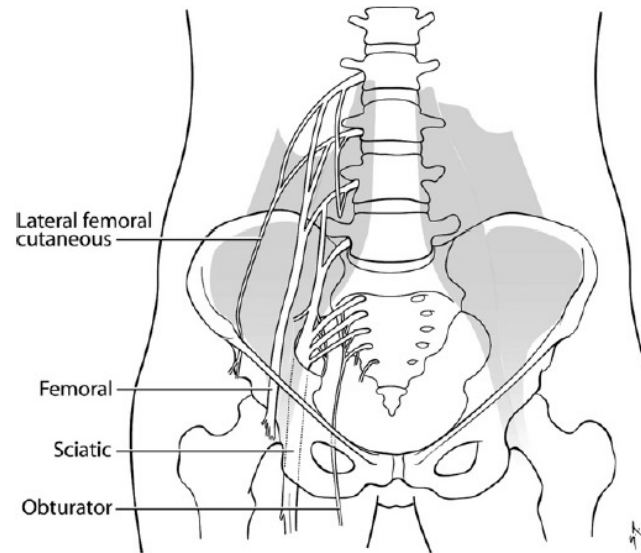


Figure 2 Anterior view of the pelvis showing the course of the femoral, lateral femoral cutaneous, obturator, and sciatic nerves.

- Peroneal sinir

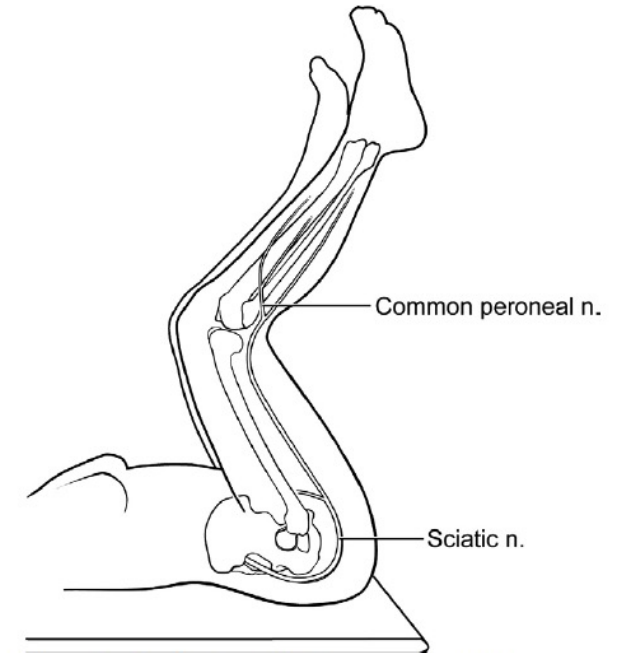


Figure 3 Lateral view of the lower extremity in lithotomy position showing the course of the sciatic and common peroneal nerves.

- Brakial pleksus yaralanma riskini azaltmak için kollar hastanın yanına sabitlenmelidir
- Kolların açılması gerekiyorsa 90°'den dar tutulmalıdır



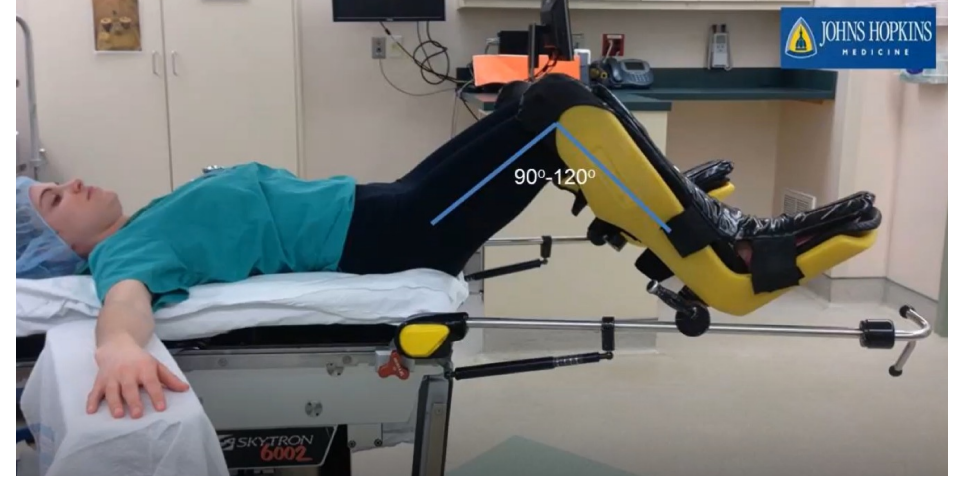
Ponsky et al. Endometriosis in Adolescents 2020

Alt ekstremitte sinir yaralanmaları: 4 pozisyon kuralı

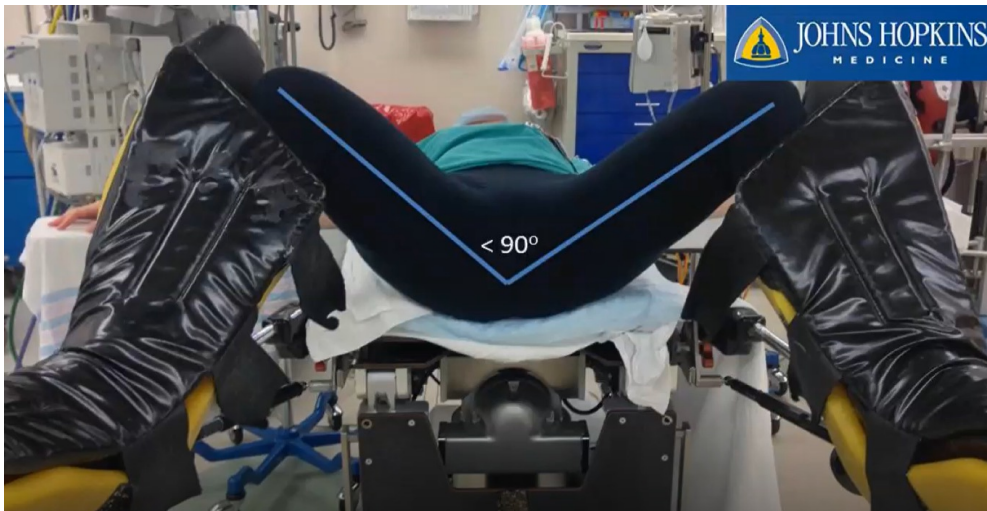
1. Kalça fleksiyonu 60-170° olmalı



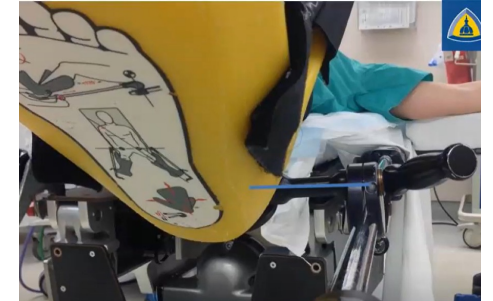
2. Diz fleksiyonu 90-120° olmalı



3. Kalça abduksiyonu $\leq 90^\circ$ olmalı



4. Minimal eksternal kalça rotasyonu olmalı



Barnett et al.
JMIG 2007



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Patient Positioning for Gynecologic Laparoscopic Surgery

Meghan Pratts, MD, Melissa Weinrobe, MD,
Stacey Scheib, MD

- Batın duvarı damar yaralanmaları
- Visseral organ yaralanmaları
- Retroperitoneal organ yaralanmaları










Risk assessment in numbers:

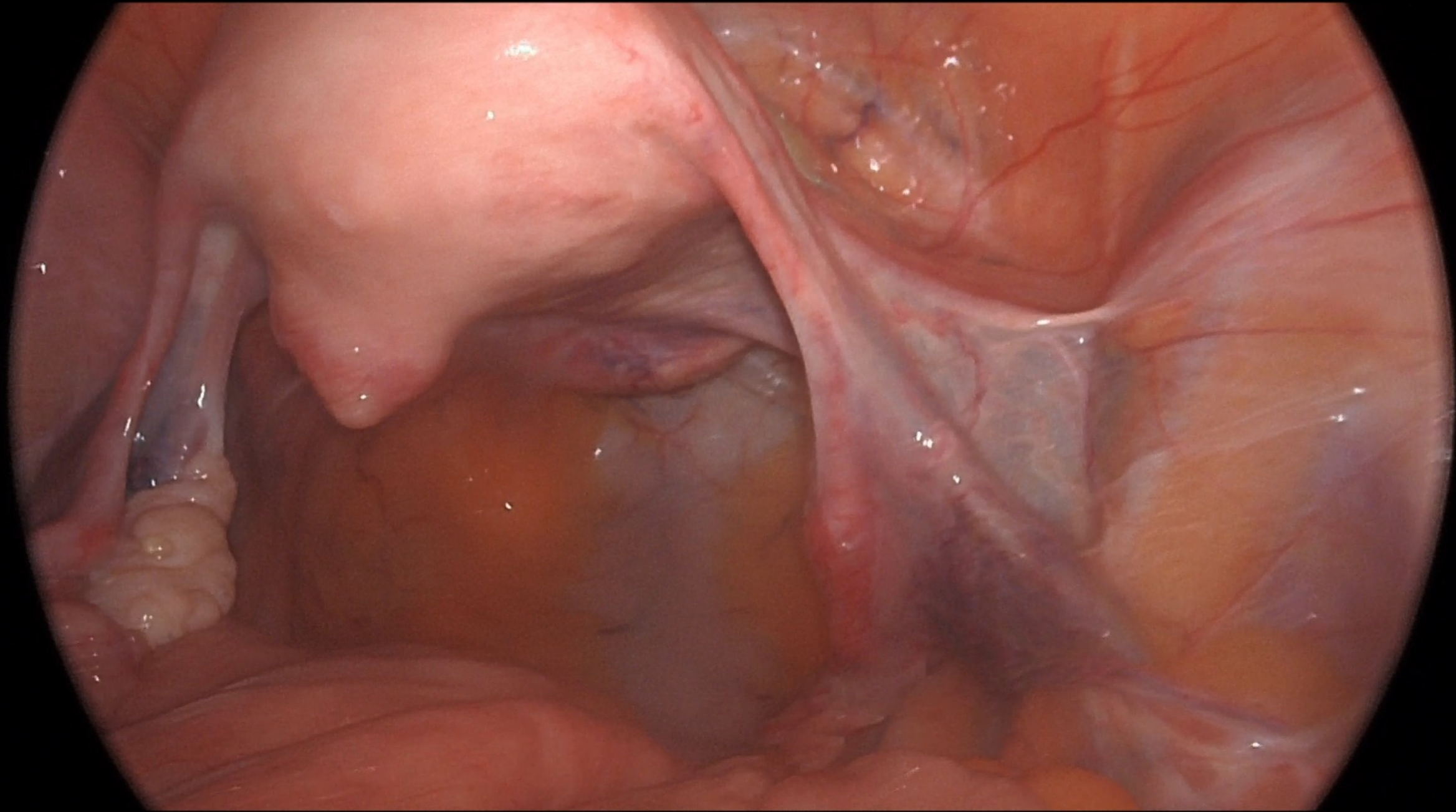
- Overall: injuries occur in **0.1-10%** of surgeries
- **50%** of injuries occur at entry
- **25%** of injuries delayed diagnosis

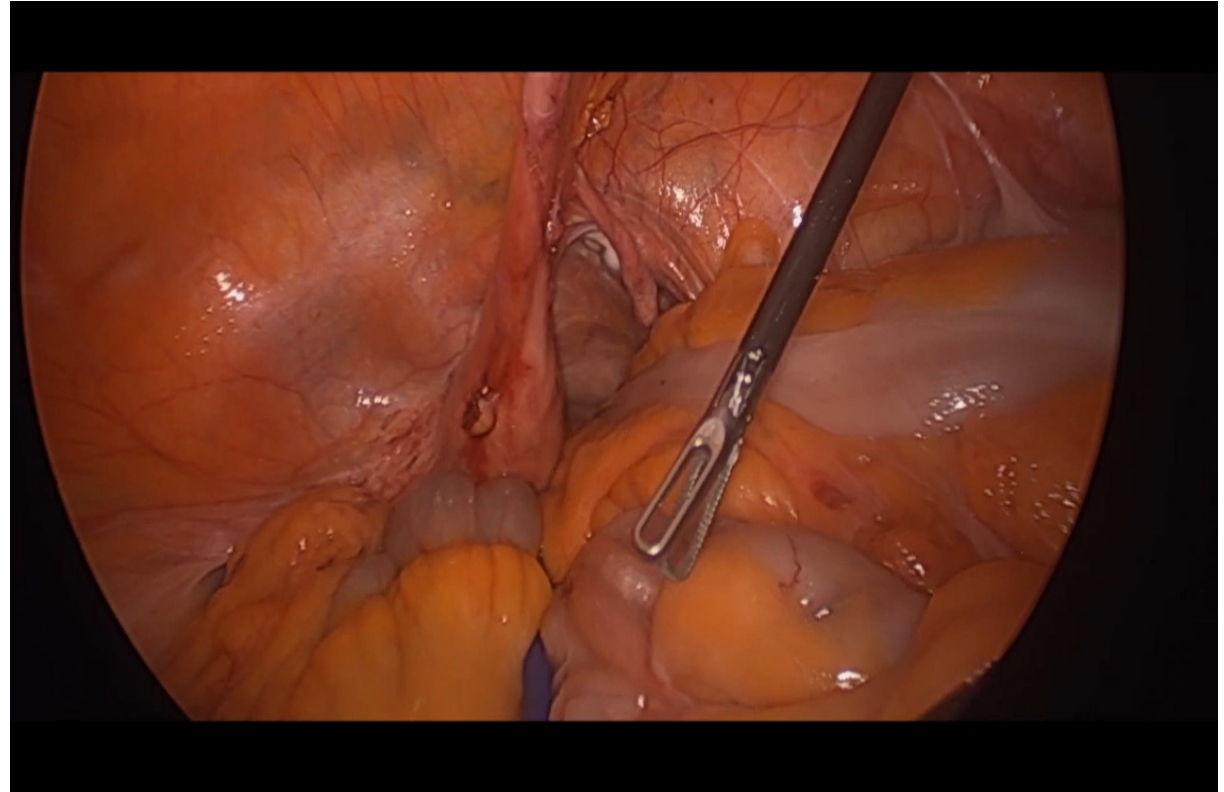
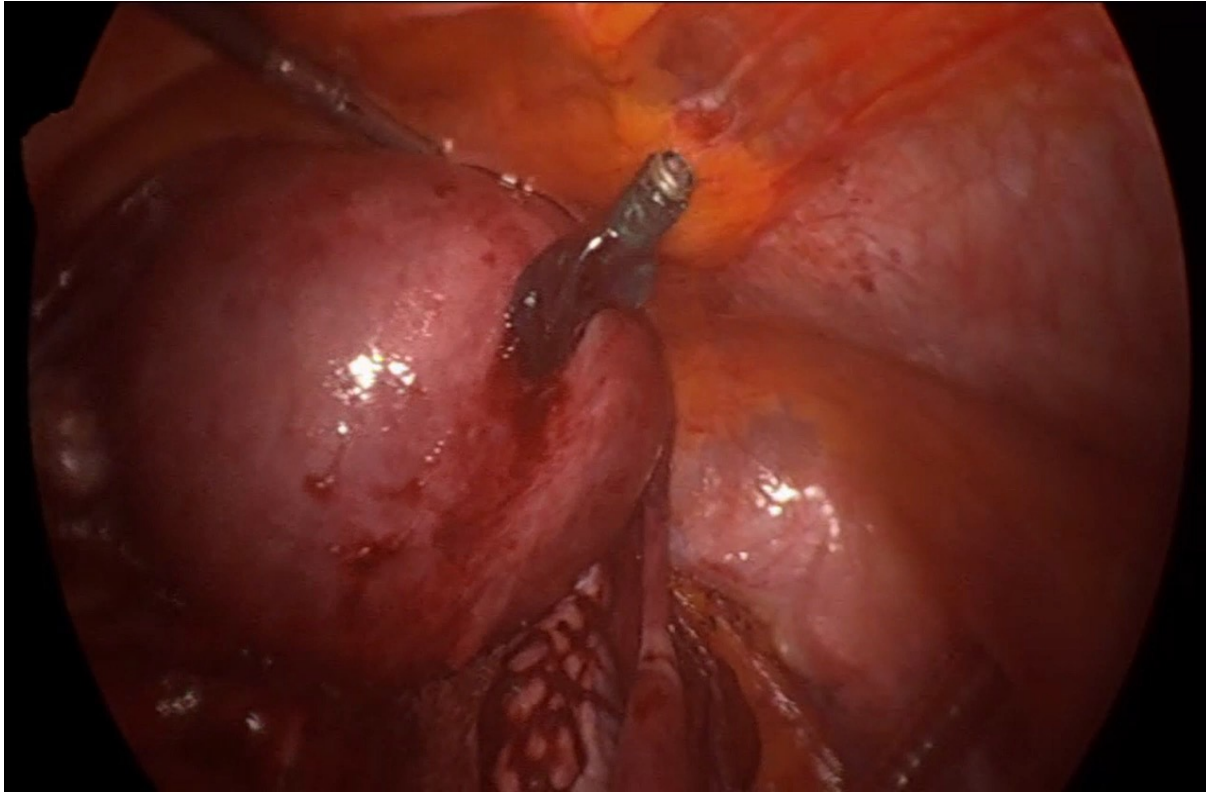
- LS sırasında komplikasyonların en sık görüldüğü dönem insüflasyon ve ana trokarın girildiği dönemdir (kör dönem)

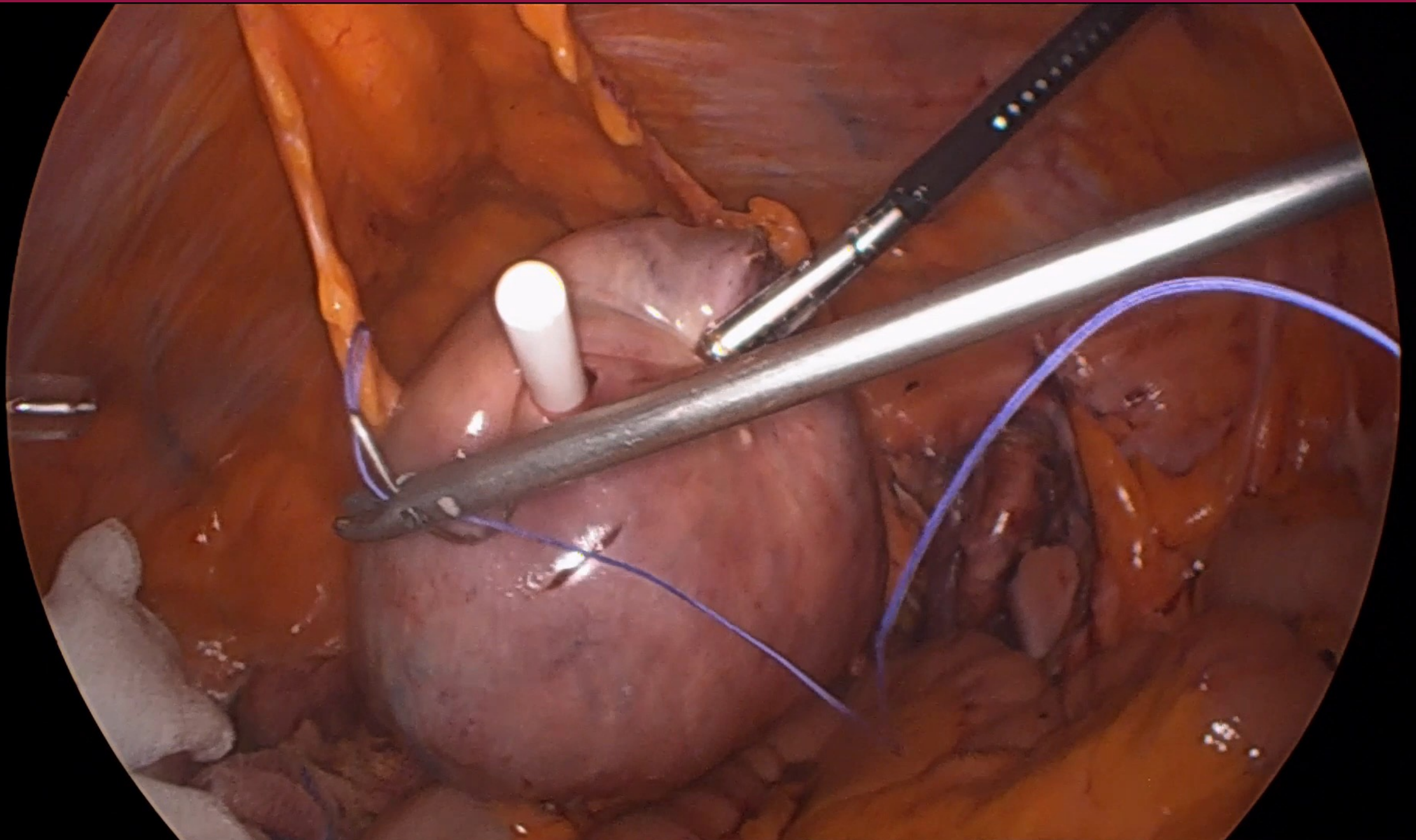


Uterus perforasyonu

		Range of motion			Characteristics					Use			
		ant-post	lat ^a	Elevation	Type	Traumatic	Reusable	Delineation	Pneumoperitoneum	handling	assembly	Suitable	Less Suitable
Hohl		130	+++	++	screw	Yes	Yes	++	++	+++	+	(T)LH	Endometrioses of the cul-de-sac
Clermont Ferrand		140	+++	+++	screw	Yes	Yes	+++	+++	+++	+	(T)LH, endometriosis of cul-de-sac	Cervical preservation, due to dilation to Hegar nr. 9
Clearview		210	+++	++	balloon	Yes	No	-	-	+++	+++	All procedures except (T)LH, including chromopertubation	(T)LH
RUMI System ^b		140	+++	+	Balloon	Yes	Partly	+++	+++	++	+	Around, (T)LH	Endometrioses in the cul-de-sac, narrow vagina
RUMI II system ^b		140	+++	?	balloon	Yes	Partly	yes	yes	++	++	Insufficient information	
Vcare		na	++	++	balloon	?	No	+++	+++	+++	+++	(T)LH, around	Large / heavy uteri
Dr Mangeshkar ^c		?	+++	+++	Tenaculum	Yes	Yes	+++	+++	+++	+++	(T)LH, endometriosis of cul-de-sac	
Vectec		na	?	?	Suction / screw	No	No	Yes	yes	?	?	Insufficient information	
McCartney tube		-	-	-	-	No	No	+++	++	+++	na	(T)LH	Other gynaecological procedures
Valtchev		135	?	?	tenaculum	Yes	Yes	yes	yes	+++	+++	around	



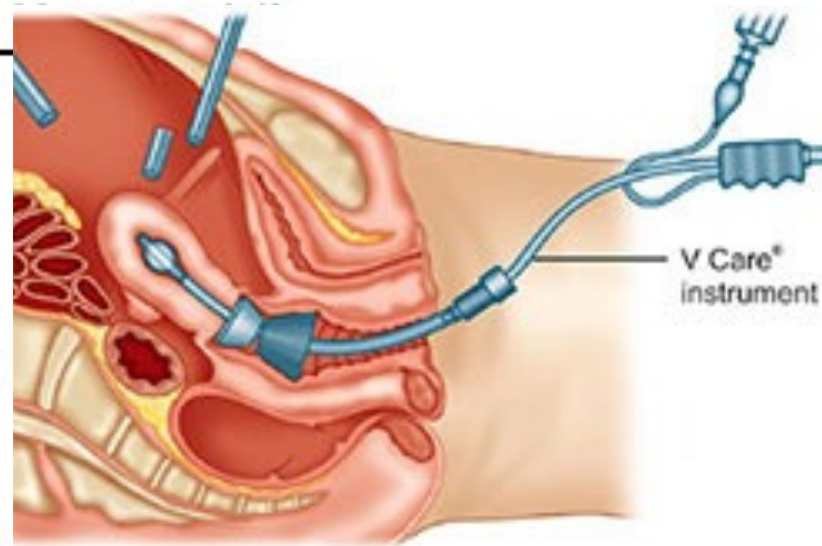




Uterus perforasyonu

Table 3 Complications caused by uterine manipulators based on MAUDE database and literature

Manipulator	Event
Hohl	Uterine rupture and bowel penetration
Clearview	Parts of the manipulator left behind in patient
	Disintegration of manipulator while inside patient
RUMI I	Uterine perforation due to cervical dilation
	Laceration of vaginal wall (multiple reports)
	Excess haemorrhage from laceration
	Parts of the manipulator left behind in patient (multiple reports)
	Disintegration when removing the manipulator
	Spontaneous release of cup during colpotomy
	Retroperitoneal haematoma caused by uterine perforation after hyperinflation of the intra-uterine balloon
Vcare	Vaginal mucosa stuck in RUMI
	Disintegration when removing the manipulator
	Parts of the manipulator left behind (multiple reports)
	Laceration of vaginal wall (multiple reports)
	Perforation of vagina and cervix due to cup
	Perforation of uterus with intra-uterine tip
	Repetitive strain injury of the assistant
Melting of the cup	



- Sezaryen oranlarının artışıyla birlikte uterusla mesane arasında adezyon olan hastaların oranı artmıştır
- Laparoskopik histerektomilerin %1'inde mesane yaralanması görülür
- Termal hasarların %5'i fistülle sonuçlanır
- Mesane vaskülaritesi yüksek bir organ olduğu için, özellikle intraoperatif fark edilen hastalarda tamiri çoğu kez başarıyla sonuçlanır
- Yaralanmaların %90'ı mesane kubbesinde, kalan kısmı mesane tabanında gözlenir

Mesane Yaralanması Sebepleri

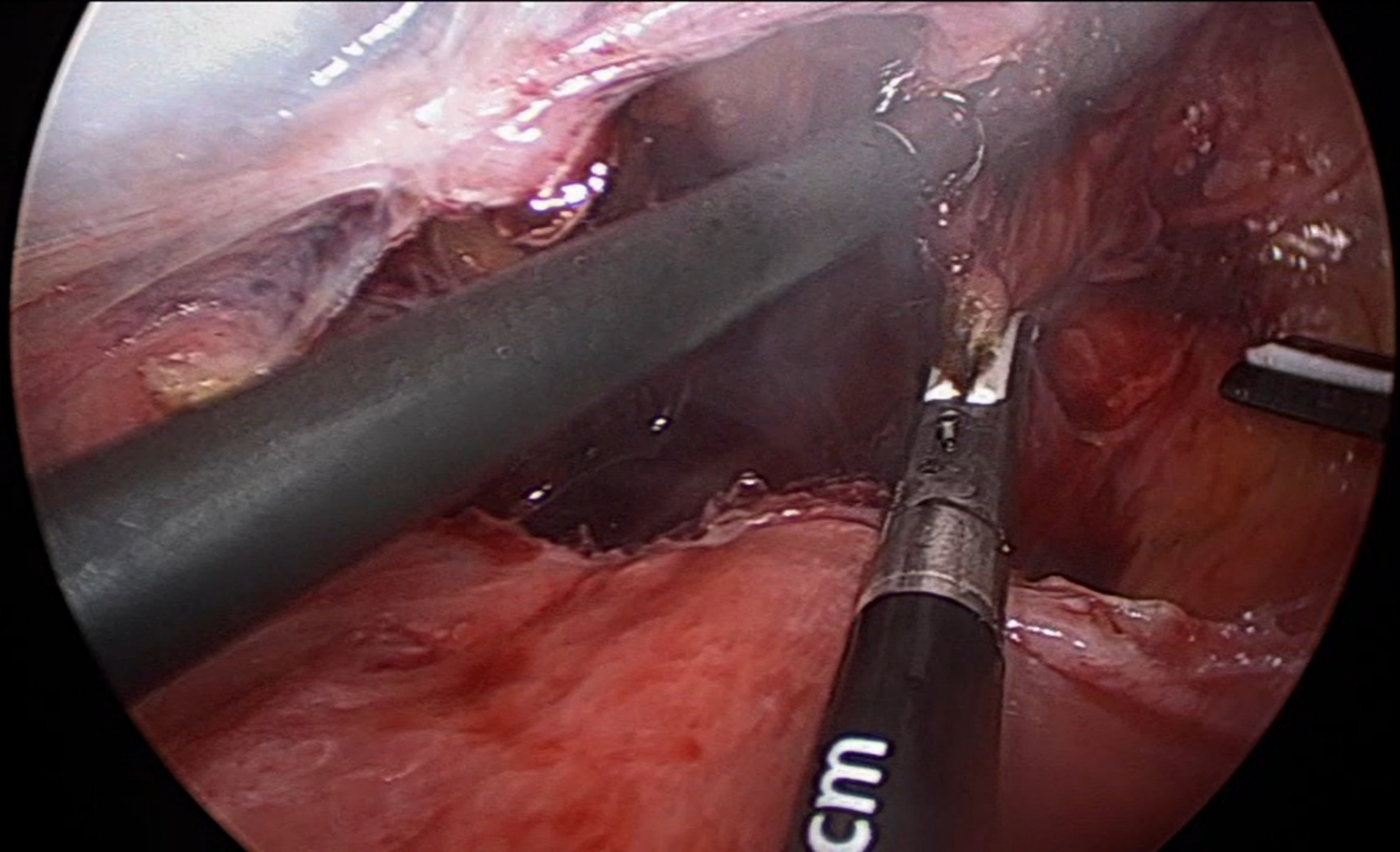
Mesane tabanıyla serviks arasında dens adezyonların olması	Risk faktörleri: Eski ve mükerrer C/S; myomektomi öyküsü, mesane endometriyozisi, pelvik cerrahi öyküsü
Mesannenin yeterince mobilize edilmemesi	
Disseksiyon planının yanlış olması	Risk faktörleri: Servikal veya istmik myom, endometriyozis, malignite, pelvik radyasyon öyküsü
Elektrocerrahi komplikasyonları	Monopolarda en yüksek, ultrasonik enerjide en düşük lateral termal hasar mevcut
Mesane duvarından sutür geçilmesi	Hematom veya avasküler nekroza neden olabilir Enfeksiyon, abse, sutür erozyonu, vezikovajinal fistül gelişebilir
Batın ön duvar adezyonları	Önceki cerrahilere sekonder mesane sınırının görülmesini güçleştirecek adezyonlara bağlı girişte veya adezyolizis sırasında yaralanma görülebilir
Mesane distansiyonu	Sonda takılmadan girilen vakalarda trokar yaralanması görülebilir

Mesane Yaralanmalarından Nasıl Kaçınabiliriz?

İntrafasyal teknik kullanılması	Servikovezikal fasyayı ayırarak mesaneyi aşağı ve laterale doğru mobilize etmek riski azaltır
Uterusun devamlı yukarı doğru itilmesi	Disseksiyonu ve mesanenin reddedilmesini kolaylaştırır
Fornikse dayanan çanı olan manipülatör veya tampon kullanılması	
Elektrocerrahinin mümkün olduğunca az kullanılması	Vezikovajinal aralıkta elektrocerrahi özellikle az kullanılmalı, gerektiğinde bipolar akım tercih edilmeli
Harmonik makas kullanılması	Özellikle C/S öyküsü olanlarda ultrasonik enerjinin kavitasyonel gücü dens adezyonların giderilmesini ve planların açılmasını kolaylaştırır
Lateral pencerelerin açılması	Özellikle adezyonu olan hastalarda faydalıdır Round ligamanlarının daha lateralden açılması işlemi kolaylaştırabilir
Mesanenin sıvı veya gazla doldurulması	Mesanenin anterior serviks, vajina veya gerektiğinde batın ön duvarından disseksiyonunu kolaylaştırabilir
Sutür atılırken vajen köşelerinin traksiyonu	Mesaneden sutür geçme riskini azaltır

Anında tamirin başarı şansı: %98.4

- Yaralanma sahası tayin edilir
- Yaralanma alanı çevresinde adezyon varsa mesane serbestleştirilmelidir
- Yara kenarlarının belirlenir ve atravmatik grasperlerle tespit edilir
- Yaralanma sahasının daha lateralinden başlamak kaydıyla mesane duvarı iki katman halinde 2-0 veya 3-0 polyglactin (Vicryl) ile onarılır
- Mukoza suture edilmemelidir (suture hattında taş formasyonu riski!)
- Sutureler tension-free olmalıdır
- Mesane ile vajina arasına omentum interpozisyonu, suture hattının daha sağlam olmasını sağlar ve vasküler akımı artırır
- Onarım sahası orifislere yakınsa ureterik stent uygulanmalıdır
- İşlem bitiminde dilüe metilen mavisi ile test yapılmalıdır



- Devamlı mesane drenajı: 10-14 gün önerilir
- Üriner antiseptik

- Jinekolojik ameliyatlarda üreter yaralanmalarının %75'inden sorumludur
- Laparoskopik histerektomide abdominal veya vajinal yola göre daha sık görülür
- Ancak %30'u peroperatif saptanabilmektedir
- Yaralanmaların %50'si basit ankomplike vakalarda görülmektedir

Cerraha bağlı faktörler

Anatomi bilgisinin yetersiz olması

Pelvik anatomiği deęiřtiren durumlar

Servikal veya intraligamenter myom

Adneksiyel kitleler

İleri evre endometriyozis

Ciddi bağırsak adezyonları

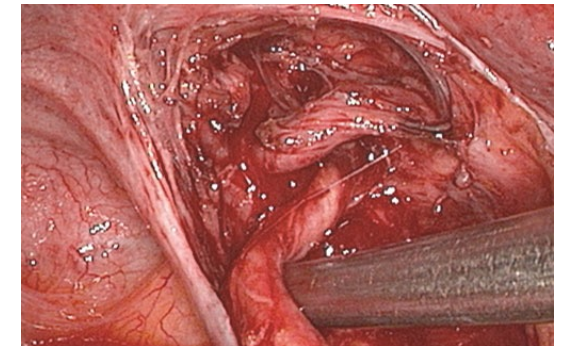
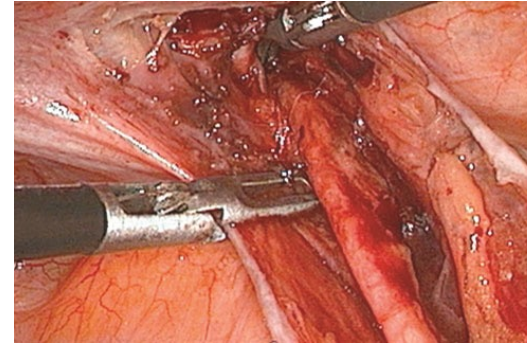
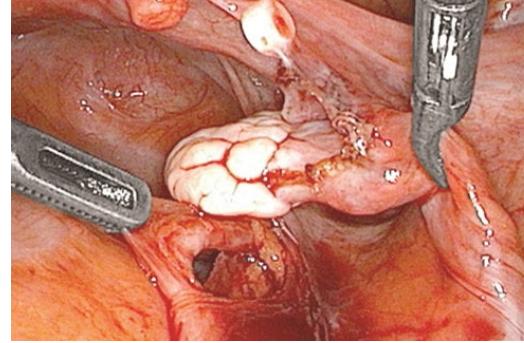
Önceki pelvik cerrahiler

İşleme bağlı riskler

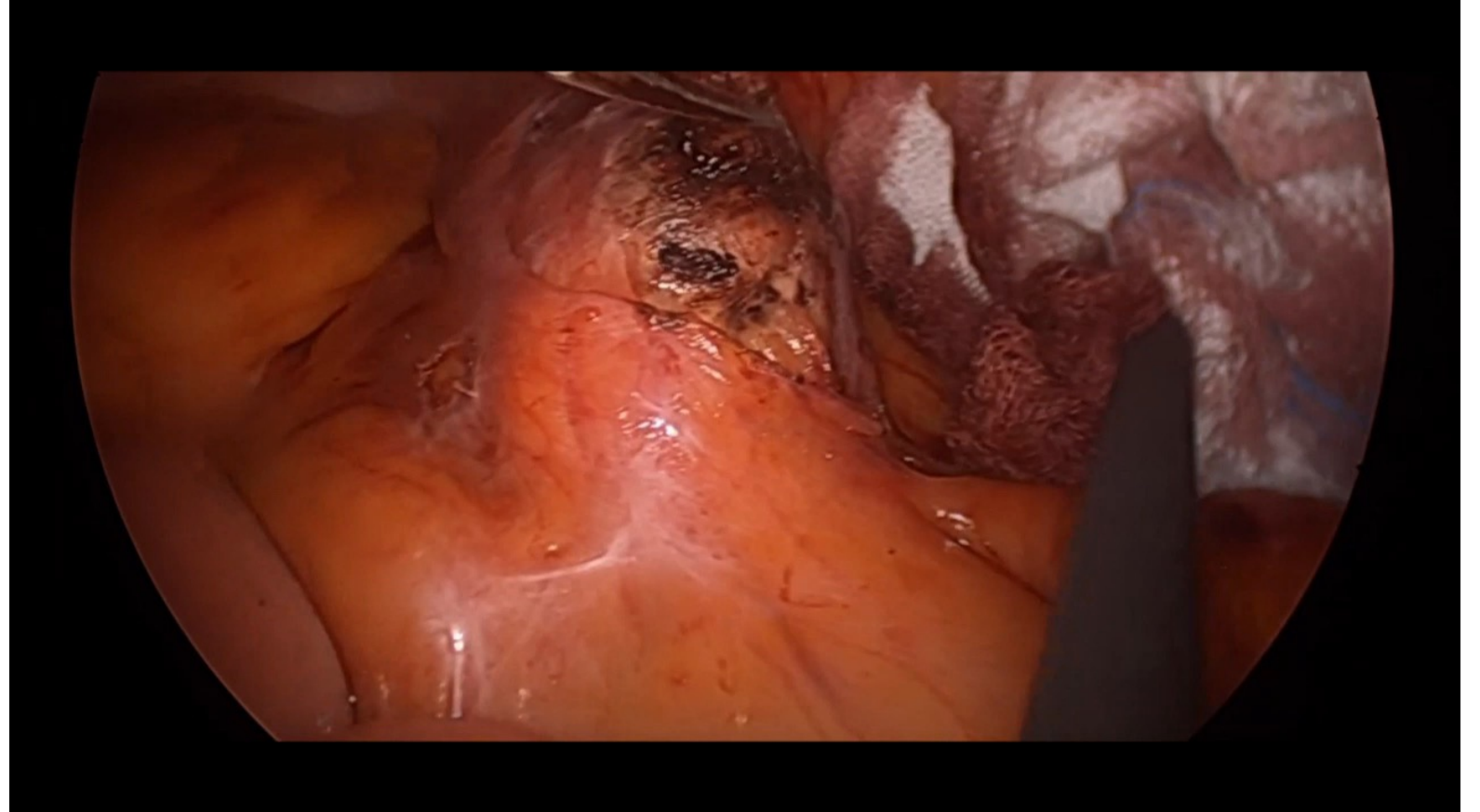
Vajinal kaf kapatılması

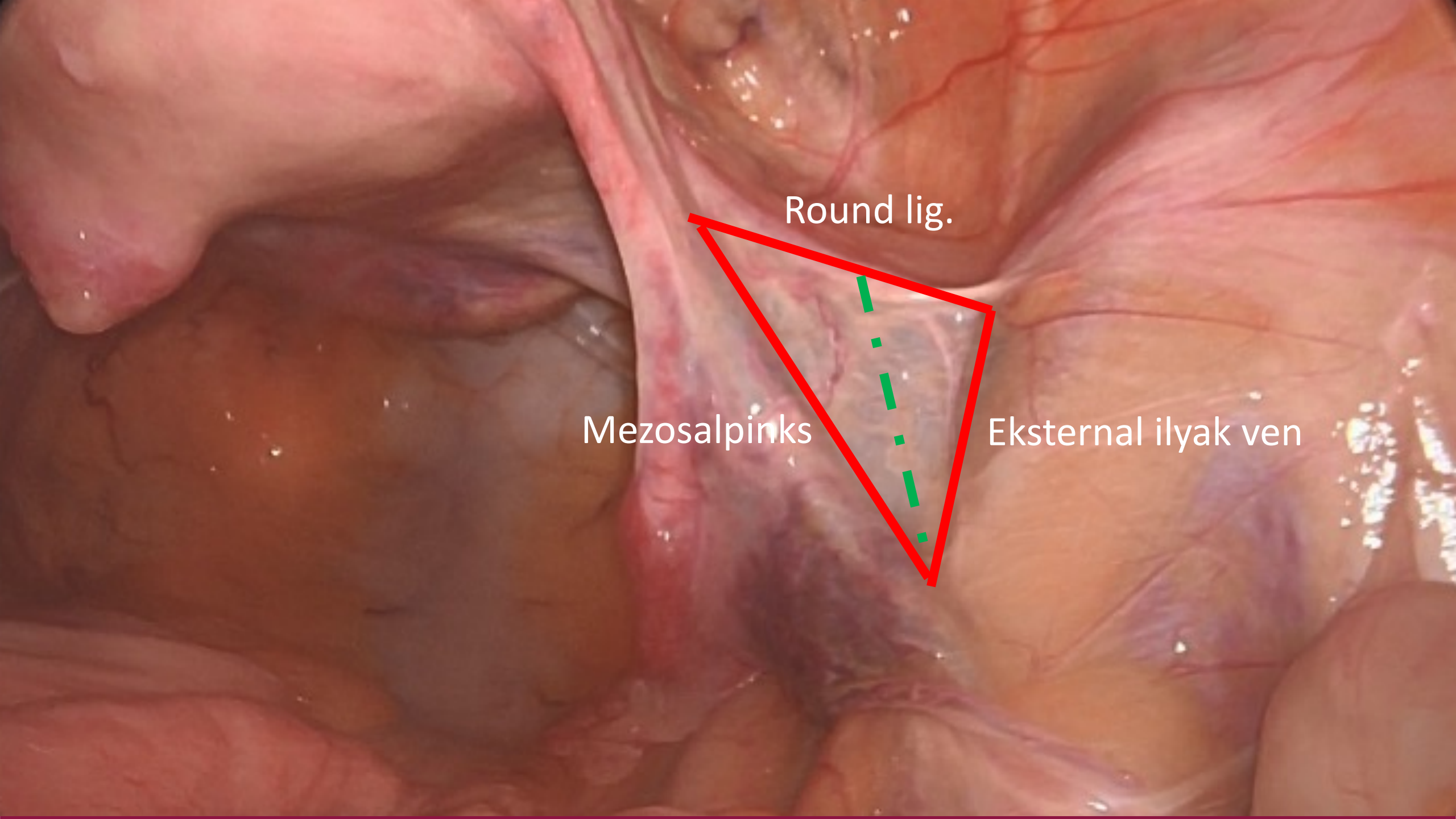
Mesane boynu süspansiyonu

- Üreterin alt 1/3'lük segmenti; pelvik üreter- en sık (%85) yaralanma
- Pelvik girim
- İfundibulopelvik ligaman seviyesi
- **Uterosakral ligaman seviyesi: TLH'da en sık yaralanan seviye**
- Uterin arter seviyesi
- Mesane girimi



- Üreter yaralanması, çoğunlukla kanama kontrolü amaçlı elektrokoagülasyona bağlı olarak meydana gelebilir
- Özellikle endometriyozis vakalarında pelvik yan duvara adeze overlerin serbestleştirilmesi sırasında gelişebilir
- Üretere yakın endometriyotik implantların çıkarılması sırasında laserasyon veya inkomplet/tam kat kesi oluşabilir

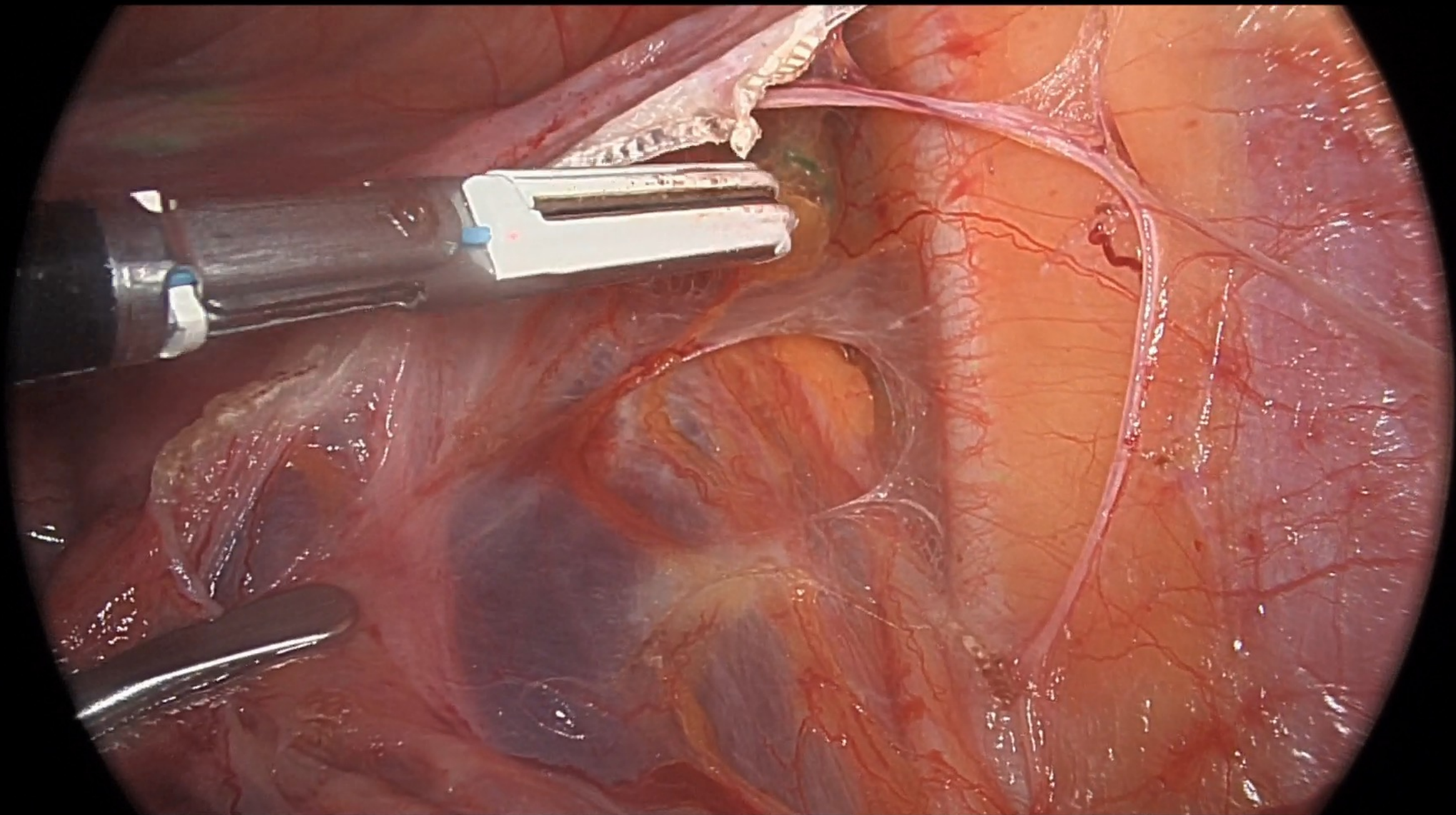




Round lig.

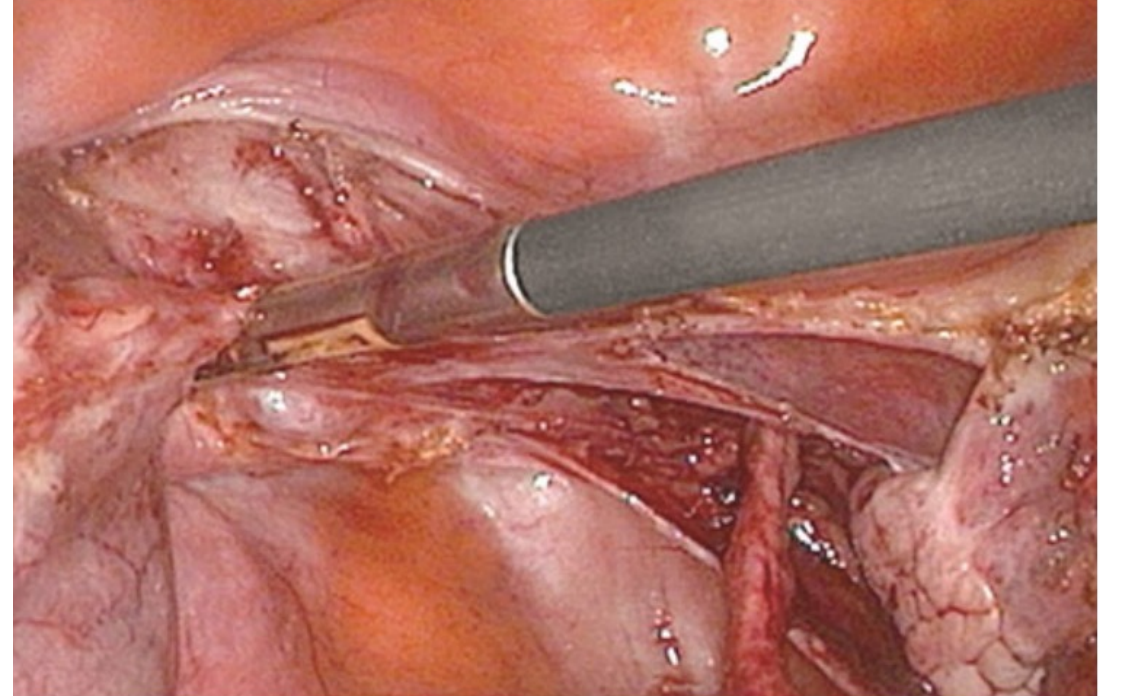
Mezosalpinks

Eksternal ilyak ven



Bu teknik üreter hasarını önlemek için;

- Uterin pedinkülleri germek üzere manipölatör kullanılması,
- Koagulasyondan önce uterin pedinkülün disseksiyonunu,
- Koagulasyonun uterusu mümkün olduğunca yakın ve dik açıyla yapılmasını önerir



- Mesane veya üretra yaralanmalarından farklı olarak, üreter yaralanmasında aynı taraf böbrek fonksiyonları doğrudan etkilenir
- Renal fonksiyonun korunması açısından erken tanı kritik önemdedir
- İntraoperatif tanıyı çok düşük oranda bildiren yayınlar vardır (%8.6- Ostrzenski et al. Obstet Gynecol Surv 2003)

- Üreter trasesi iyi bilinmeli
- Enerji aletlerini kullanırken dikkatli olunmalı
- Çoğu alet için ortalama hasar 2mm mesafede görülür, 5mm.ye kadar çıkabilir
- Uygulama süresini minimize etmek ve sahayı soğuk SF'le irrigate etmek gibi stratejiler riski azaltır

- Laparoskopinin nadir, ama potansiyel sonuçları ağır bir komplikasyonu
- Erken tanı kritik önemde
- 31 çalışmanın dahil edildiği 329.935 hastalık seride mortalite %3.6
- (Voort and Heijnsdijk J Surg 2004)

İnce bağırsak	Kolon	Mide
%55	%35	%10

- Yaralanmaların yarısı giriş fazında Veress iğnesi veya trokarla meydana gelir
- Açık giriş (Hasson tekniği) tercih edilmesi riski ortadan kaldırmaz, ancak anında tanınması açısından avantaj sağlayabilir
- İntraoperatif adezyolizisin genişlik derecesiyle orantılı olarak risk artar
- Grasping forseps kullanımı, bağırsağın retraksiyonu, alet trafiğinin yoğun olması riski artırır
- Elektrocerrahi kullanımı esnasında istem dışı termal yaralanma meydana gelebilir

Elektrocerrahi Yaralanma Tipleri

Fig. 29.1. Direct coupling

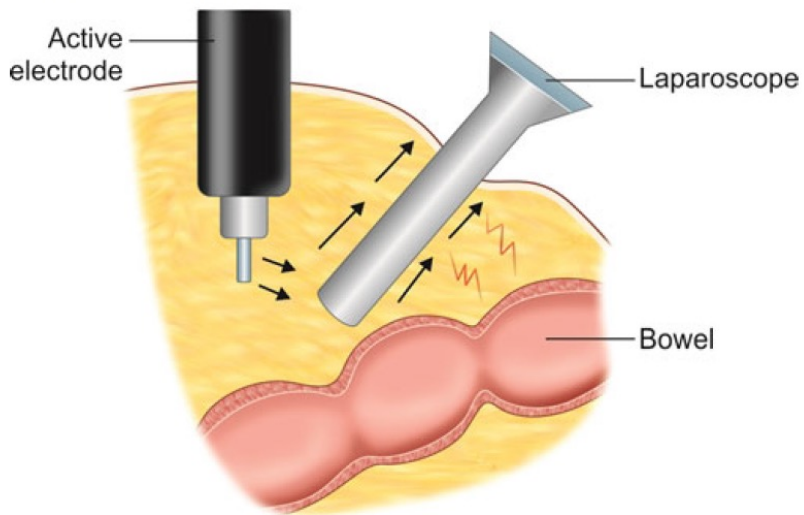


Fig. 29.2. Insulation failure

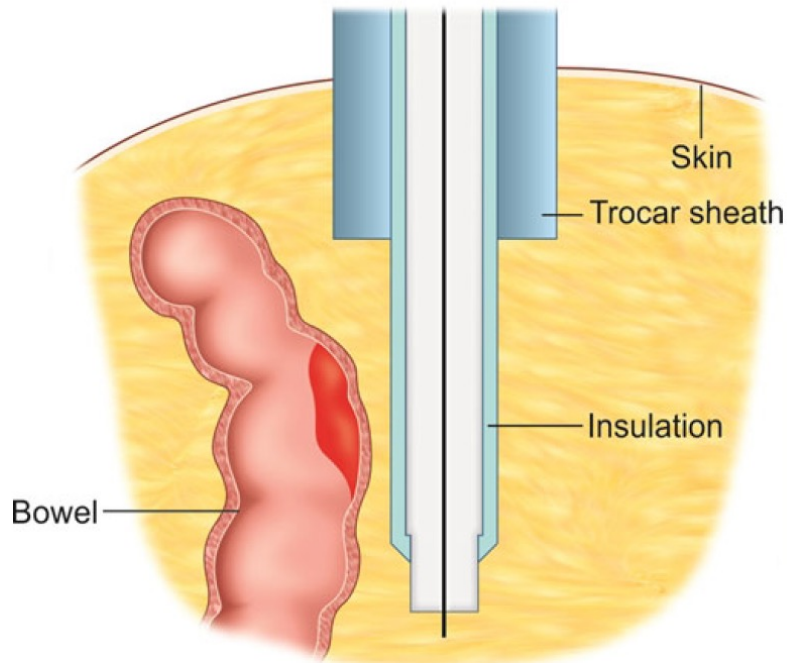
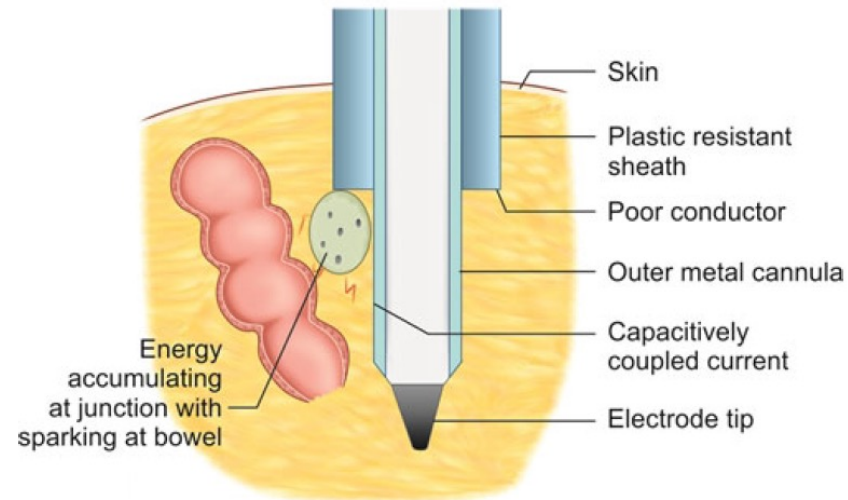
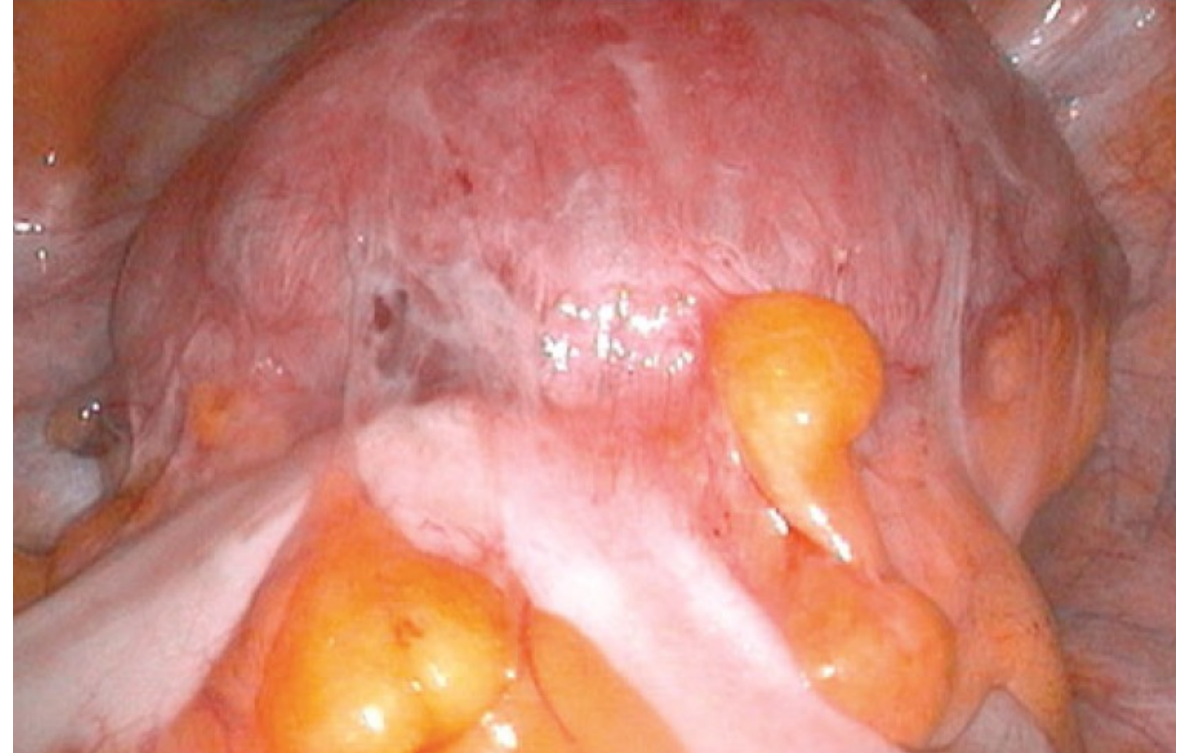


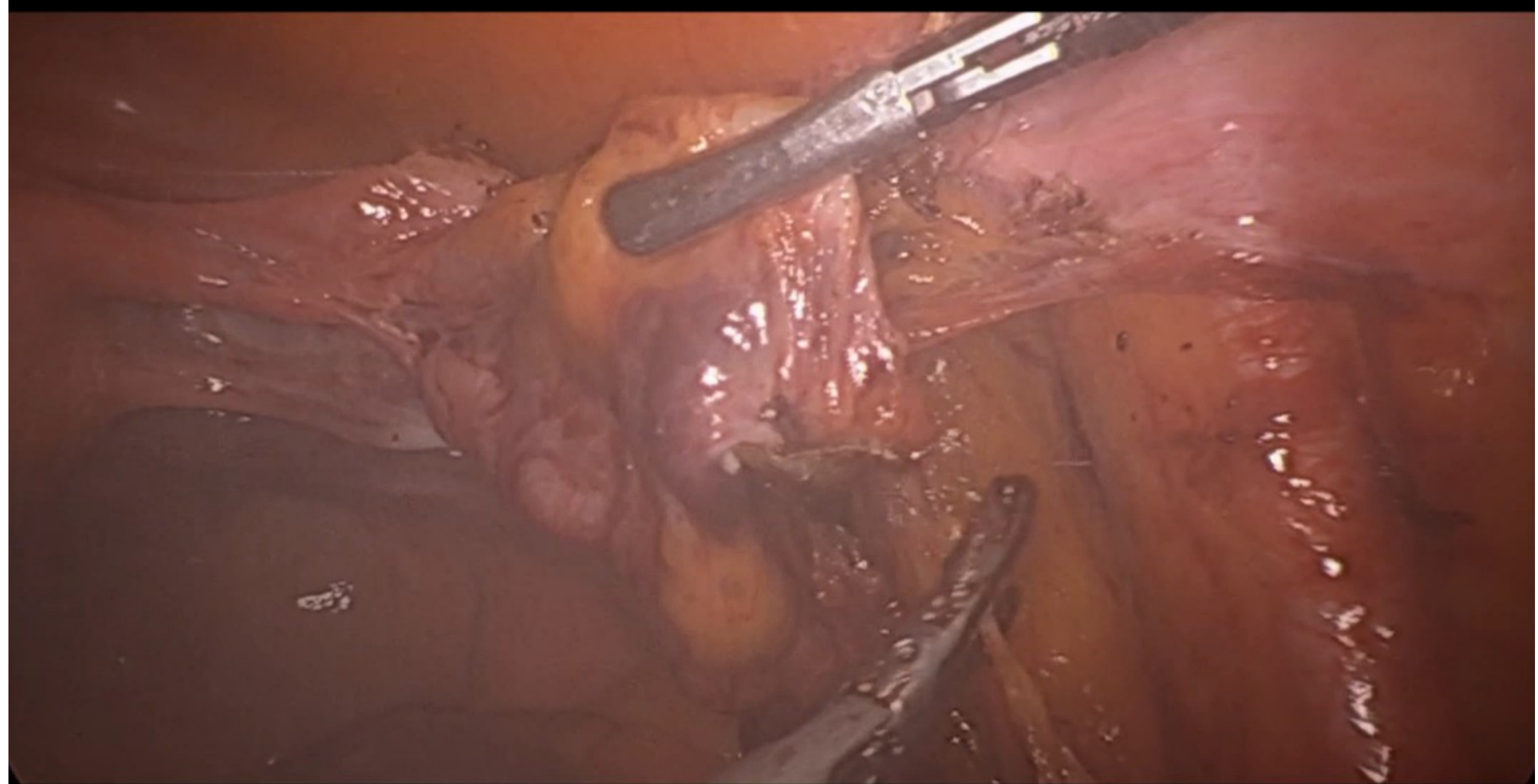
Fig. 29.3. Capacitive coupling

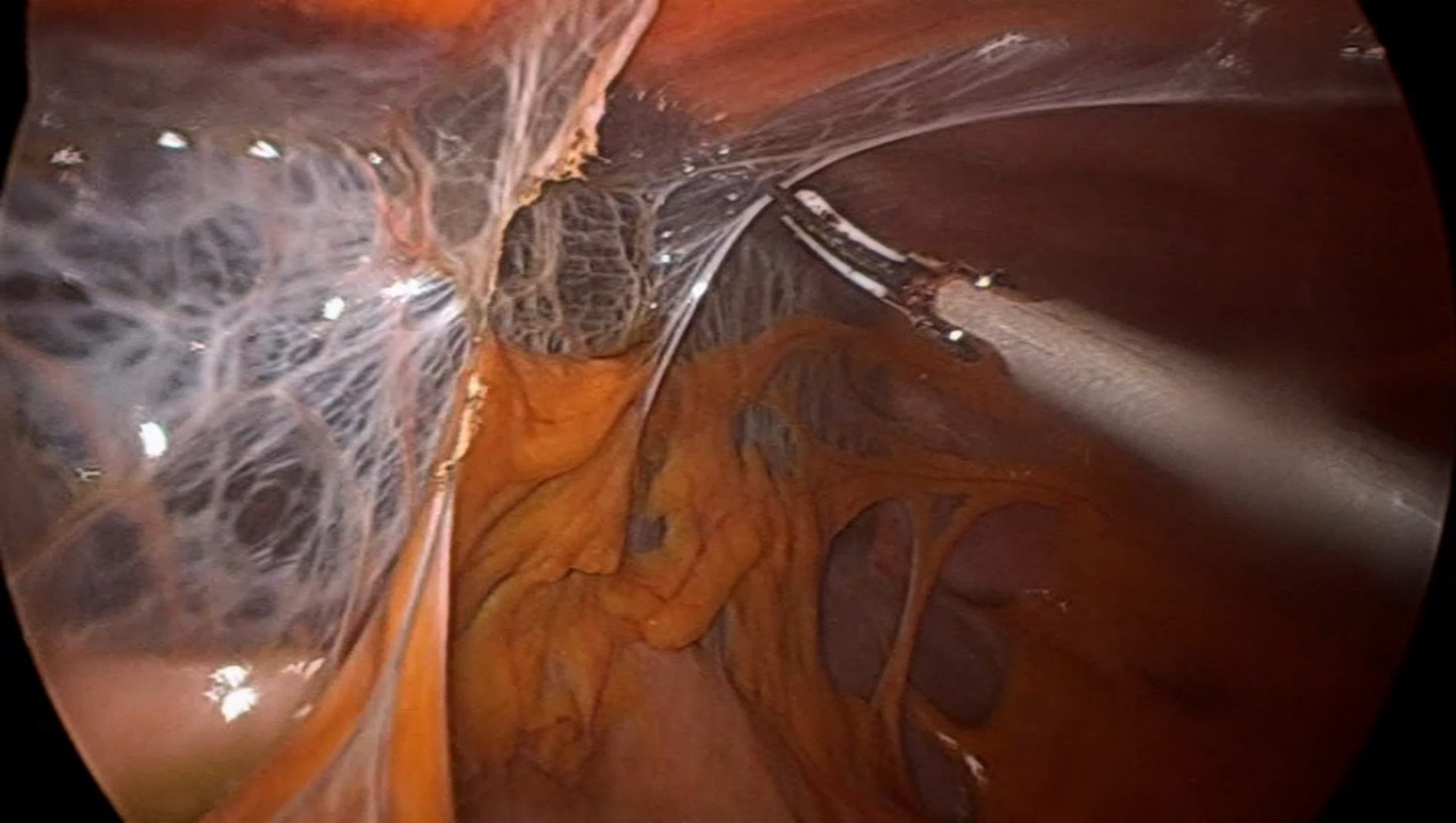


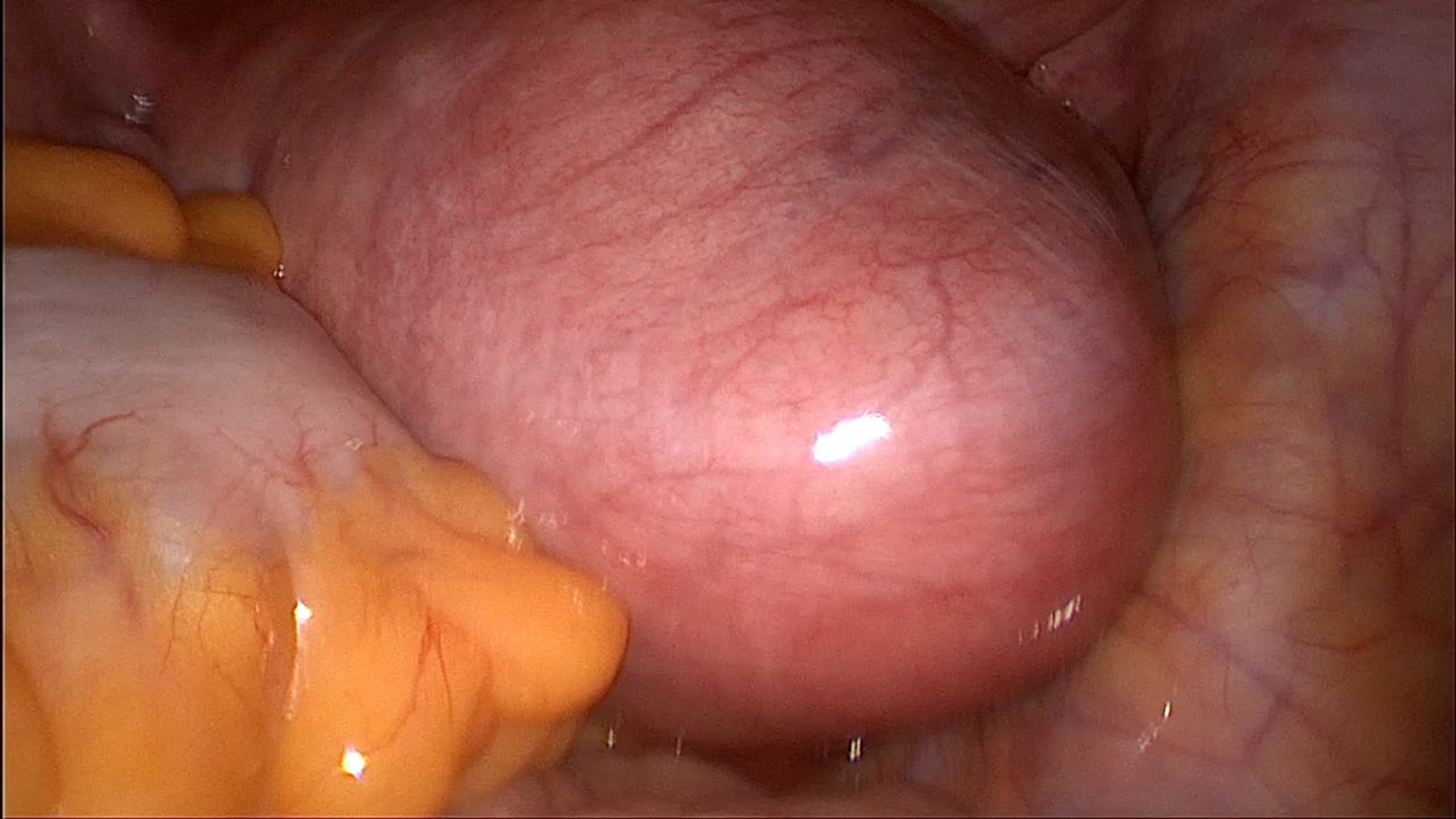
- TLH sırasında bağırsak yaralanmaları genellikle adezyonu olan hastalarda görülür
- Midline insizyonlarda, Pfannenstiel insizyon öyküsü olanlara göre risk daha yüksektir
- Özellikle cerrahi öyküsü olan hastalar bağırsak yaralanma ve konversiyon ihtimali konusunda bilgilendirilmelidir
- Bu hastalarda Hasson tekniği ve sol üst kadran (Palmer) girişi tercih edilmelidir
- Preoperatif tam bağırsak temizliği yapılmalıdır



- TLH sırasında fallop tüplerinin kornual bölgeden koterize edildiği hastalarda termal ısı artışı tüp boyunca laterale doğru ilerler ve fimbriyal uçta 140°C'ye kadar ulaşabilir
- Fimbria temas halindeyse ince bağırsaklarda termal hasar oluşabilir
- Ligasure özellikle disseksiyon amaçlı aralıksız kullanıldığında ucunda anlamlı düzeyde ısı artışı olur
- Bağırsakla temas ederse termal hasar yapabilir







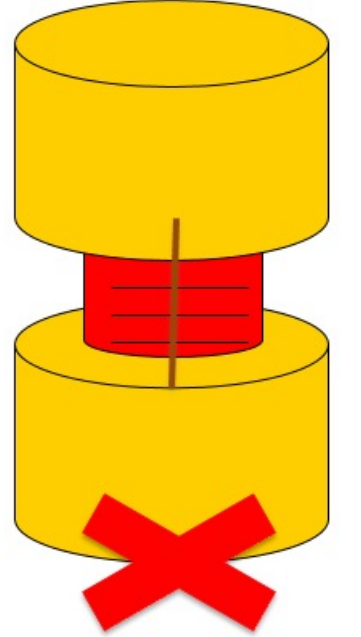
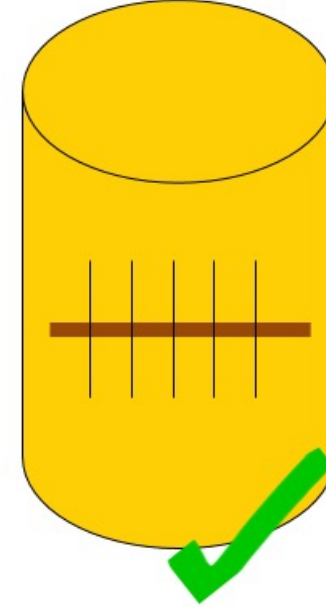
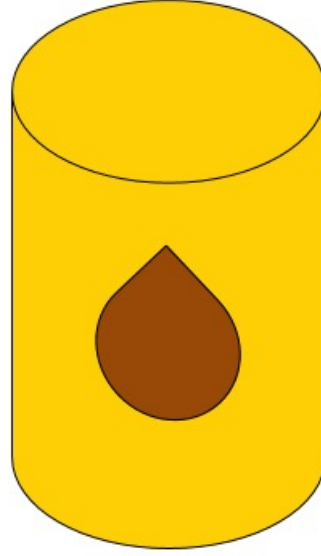
Geçirilmiş operasyon öyküsü	Açık teknik, Palmer noktası
Alternatif giriş tekniği	Palmer noktasından Veress girişi
	Aynı noktadan 5mm optik trokar girişi
	Ardından adezyonlardan uzak 10mm trokar girişi
Enerji seçimi	Bipolar enerji ve ultrasonik forseps monopolar enerjiye göre daha güvenlidir
Cerrahi teknik	Aktif enstrümanların bütün hareketleri mutlaka kamera gözetimi altında olmalı

- İntraoperatif olarak ancak %30-50'si tanınabilir
- İntraoperatif tanı almayan hastalar yaralanmanın yeri ve şiddetine göre 1-30 gün sonra belirti verebilir
- Termal yaralanmalar bağırsak duvarı nekrozu ve duvar açılması sürecinin uzaması nedeniyle geç belirti verme eğilimindedir

Yaralanma yeri	Belirti verme süresi	Aralık
İnce bağırsak	4-5 gün	2-14 gün
Kolon	5-6 gün	1-29 gün

- Persistan veya zamanla şiddeti artan karın ağrısı
- Tek bir trokar sahasında anlamlı lokal ağrı
- Bulantı- kusma- diyare
- Açıklanamayan ateş
- Devamlı analjezik ihtiyacı
- Hastada beklenen iyileşmenin olmaması
- Taşikardi- aritmi
- CRP artışı
- Lökopeni ardından lökositoz
- Diürezin azalması
- Solunum komplikasyonları (atelektazi- plevral efüzyon)

- Bir veya iki kat halinde 3-0 Vicryl veya PDS
- Mukoza ve muskularis katmanları yaklaştırılır, güvenliği artırmak için seromusküler katman yaklaştırılabilir
- Tüm laserasyon alanları transvers kapatılır
- Laserasyon bağırsak çapının yarısından fazlaysa segmental rezeksiyon ve anastomoz tercih edilir

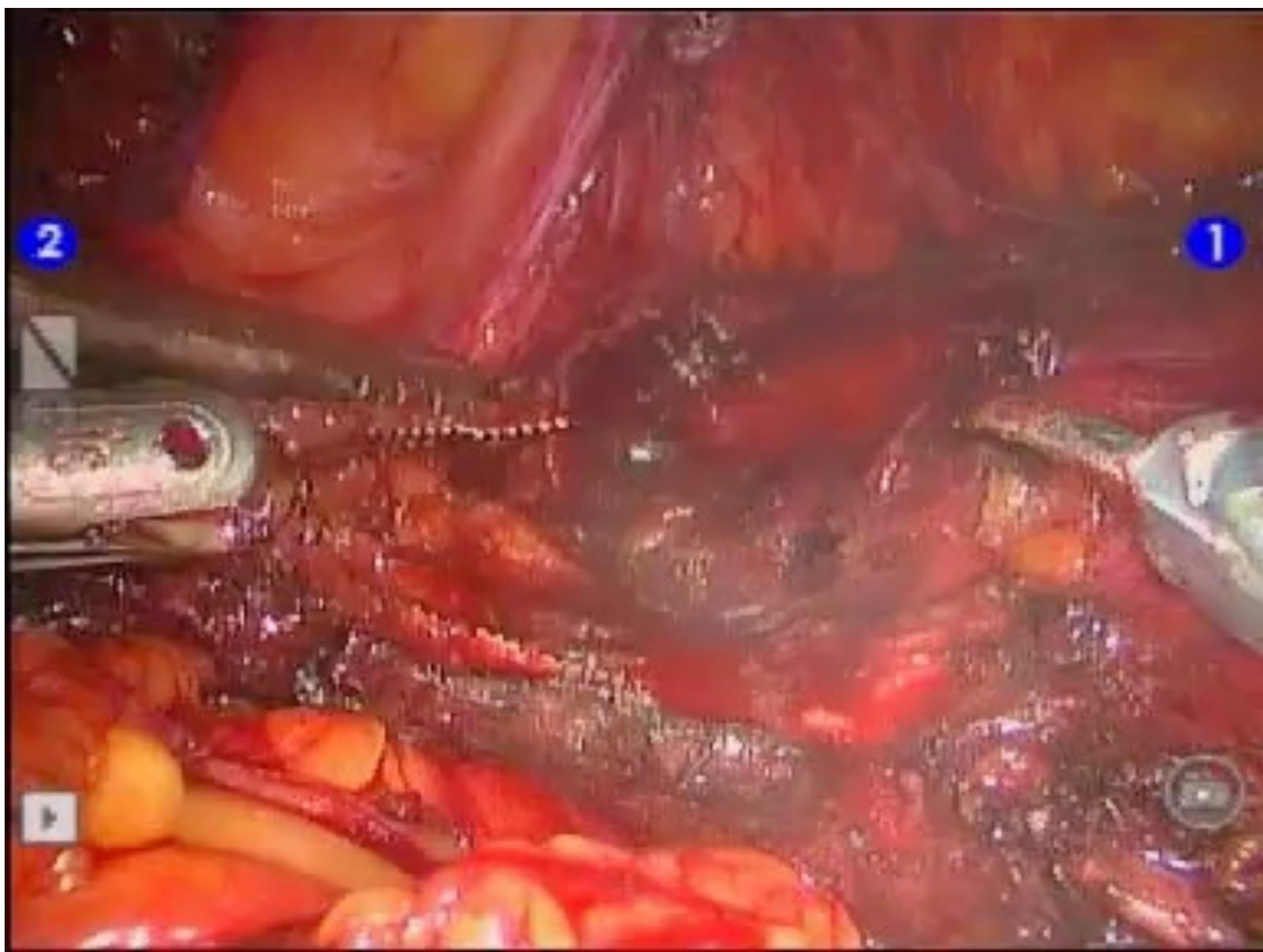


- Sivri uçlu trokarlarla serozaya sınırlı yaralanma veya küçük delinme sahası varsa, dikkatli bir gözlemlle drenaj olmadığı da görülürse herhangi bir işlem gerekmebilir
- Daha ciddi yaralanmalarda onarım gerekir
- Yaralanmanın karşı duvarı içermediğinden emin olunmalıdır
- Onarım, bir veya iki kat halinde 3-0 Vicryl veya PDS ile yapılır
- Mukoza ve muskularis katmanları yaklaştırılır, güvenliği artırmak için seromusküler katman yaklaştırılabilir
- Tüm laserasyon alanları transvers kapatılır
- Laserasyon bağırsak çapının yarısından fazlaysa segmental rezeksiyon ve anastomoz tercih edilir

- Kolon hasarı, özellikle bağırsak hazırlığı olmadan girilmiş vakalarda major komplikasyon olarak kabul edilmelidir
- Yüksek bakteriyel kontaminasyon riski nedeniyle küçük perforasyonlar bile dramatik sonuçlar doğurabilir
- Onarım, 3-0 veya 4-0 Vicryl veya PDS ile yapılır
- Tamir sonrası bağırsak bütünlüğü 'bubble' test ile teyit edilmelidir
- Zor rektovajinal endometriyozis vakalarında görülebilen tam kat kesilerde anterior rezeksiyon gerekebilir
- Termal yaralanmalarda alanın eksizyonu ve geçici kolostomi gerekebilir

Vasküler yaralanma histerektominin hangi fazlarında görülebilir?

- Veress veya trokar girişi esnasında
- Operasyon sırasında
- Postop dönemde





Initial Hemorrhage Control

**DON'T
PANIC**

- Yeteneklerinizin farkında olun
- Hızla laparotomiye geçiş (midline)
- Direkt manuel vasküler baskı (Amaç: kanamayı durdurmak)
- Cerrahi klemler kullanmayın
- Anesteziye bilgi verin
- Kan ürünleri, IV damar yolları, multiple suction
- Vasküler cerrah

- Venöz kanama

- TachoSil®

- Equine collagen and human fibrinogen and thrombin
- Generally located in the cardiovascular cart



www.tachosil.com

- Arteriyel kanama

- Floseal®

- Gelatin granules and human thrombin



www.floseal.com

- Diffüz sızıntı tarzında kanama

- Coseal™

- Tisseel

- Fibrin sealant



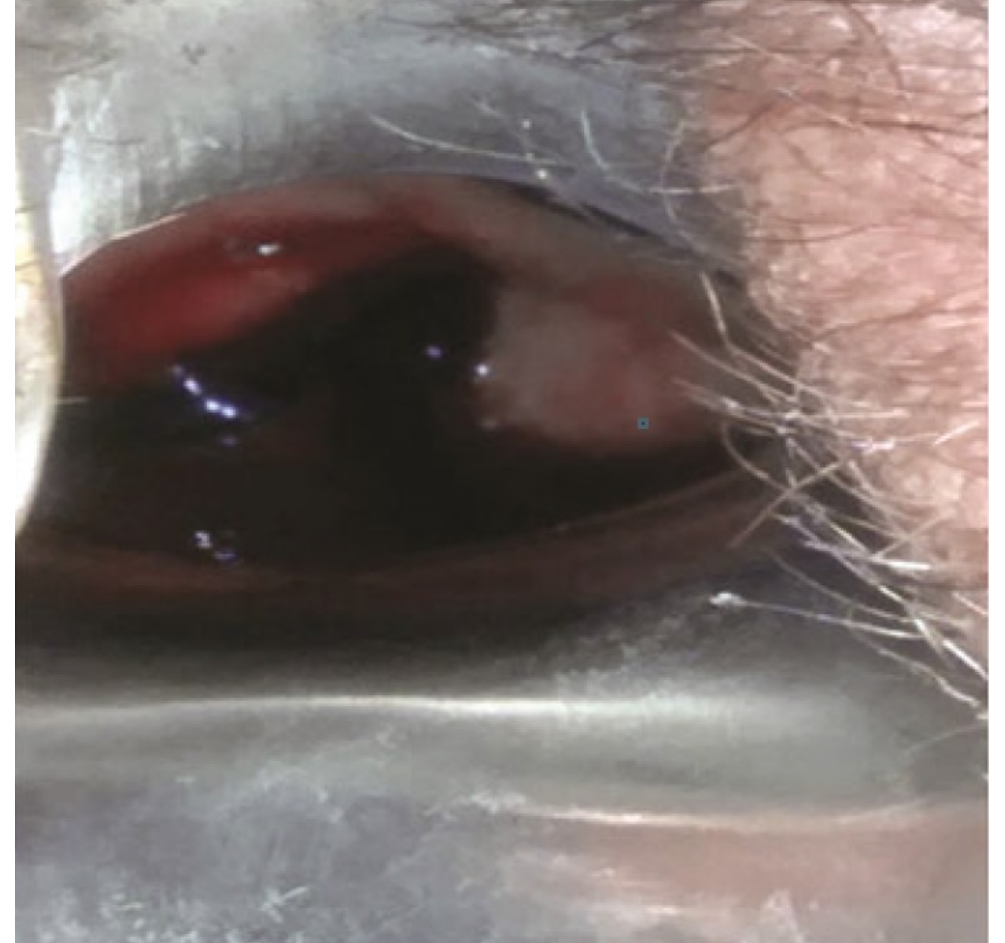
www.coseal.com

8. Vajinal kaf komplikasyonları

Erken	Geç
Kanama	Kaf prolapsusu (rektosel, enterosel, sistosel)
Eviserasyon/ dehissens	Üriner semptomlar
Hematom	Seksüel yakınmalar
Enfeksiyon/ sellülit	Malignite nedeniyle opere edilenlerde rekürrens
Granülom	

- Minimal invaziv cerrahi (L/S / RH>TAH)
- İntraoperatif yetersiz hemostaz/ hematom
- Kaf kanamalarında sutür yerine enerji kullanımı
- Kötü sutür tekniği
- Sutür materyali
- Kaf süspansiyon tekniği
- Piyesin büyük olması
- HT, DM
- İleri yaş, atrofik vajina
- Çoklu vajinal cerrahi
- Erken koitus
- Postop kaf enfeksiyonu
- Yara iyileşmesini bozan faktörler (malignite, kronik steroid kullanımı, malnütrisyon)
- Artmış intraabdominal basınç (kronik öksürük)

- TLH sonrası vajinal kanama %0.2-2
- Basit kanamalar erken dönemde hematomun atılmasına; geç dönemde ilk koitusun ardından granülasyon dokusunun travmatize olmasına bağlı olarak ortaya çıkar



Genel insidens	TLH/ RH sonrası
%0.14-4.1	1-4.1

- Pelvik basınç
- Vajinadan ani sıvı drenajı
- Vajinal kanama
- Pelvik ağrı
- Vajina veya introitusta ansların görülmesi
- Şok



- Vajinal cerrahi
- Abdominal cerrahi
- Laparoskopji

Medical malpractice claims in laparoscopic gynecologic surgery: a Dutch overview of 20 years

Evelien M. Sandberg¹ · Esmée M. Bordewijk² · Désirée Klemann³ · Sara R. C. Driessen¹ · Andries R. H. Twijnstra¹ · Frank Willem Jansen^{1,4}

Table 2 Overview of the main type of claims and their severity

	Total (n = 133)	Accepted claims (n = 54)	Rejected claims (n = 79)
Type of injury			
Injuries	109 patients (81.9), 111 injuries	42 patients (75.9), 43 injuries	67 patients (78.5), 68 injuries
Bowel	53 ^a (39.8)	18 ^a (33.3)	35 (44.3)
Ureter	26 ^a (19.5)	13 (24)	13 ^a (16.5)
Bladder	13 ^a (9.7)	4 ^a (7.4)	9 ^a (11.4)
Vessel/hemorrhage	15 (11.3)	5 (9.3)	10 (12.7)
Stomach	1 (0.75)	1 (1.9)	0
Nerve	3 (2.2)	2 (3.7)	1 (1.3)
Chemical peritonitis	3 (2.2)	2 (3.7)	1 (1.3)
Wound dehiscence	4 (3.0)	1 (1.9)	3 (3.8)
Pulmonary embolism	1 (0.8)	0	1 (1.3)
Other	16 (12)	9 (16.6)	7 (8.9)
Unnecessary conversion	1	1	0
Skin burned	1	1	0
Foreign body	4	3	1
Failed procedure	4	0	4
Wrong procedure	4	4	0
Missed diagnose	1	0	1
Persistent symptoms	1	0	1
Cause of injury			
Laparoscopic entry-related	51 (38.3)	19 (35.2)	32 (40.5)
Thermal injury	12 (9.0)	5 (9.3)	7 (8.9)
Technical failure	7 (5.3)	6 (11.1)	1 (1.3)
No iatrogenic injuries	18 (13.5)	7 (13.0)	11 (13.9)
Unspecified	44 (33.1)	17 (31.5)	27 (34.2)
Severity of injury			
(A) Conservative treatment	19 (14.3)	10 (18.5)	9 (11.4)
(B) Re-intervention necessary	95 (71.4)	35 (64.8)	60 (75.9)
(C) Permanent disability	15 (11.3)	8 (14.8)	7 (8.9)
(D) Death	4 (3.0)	1 (1.9)	3 (3.8)
Moment discovered			
(1) Intra-operatively	26 (19.5)	14 (25.9)	12 (15.2)
(2) Postoperatively	40 (30.1)	14 (24.1)	26 (32.9)
(3) After discharge	67 (50.4)	26 (48.1)	41 (51.0)

Data are expressed as frequency (%)

^a Two patients had two injuries

Table 3 Main reason for accepting a claim

	Accepted claims (n = 54)
Delayed/missed diagnosis or complication	18 (33.3)
Negligence during surgery	14 (25.9)
During operation	8
Malpositioning during surgery	2
Wrong surgery	4
Consequences of the event itself	11 (20.4)
Incomplete informed consent	5 (9.3)
Indication for surgery	2 (3.7)
Incomplete medical file	3 (5.6)
Unknown	1 (1.9)

Data are expressed as frequency (%)

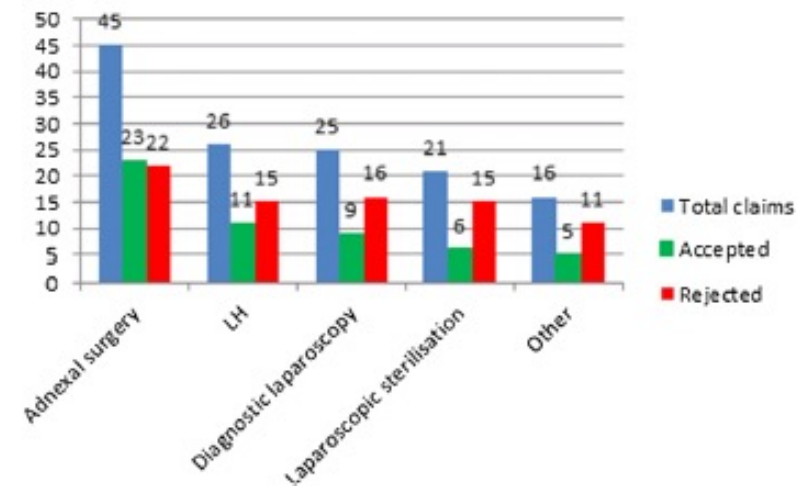


Fig. 1 Claims per type of surgery

Table 4 Financial and time overview of closed claims

	Total claims (<i>n</i> = 133)	Accepted claims (<i>n</i> = 54)	Rejected claims (<i>n</i> = 79)
Legal information (all claims, <i>n</i> = 133)			
Representative of interests	90 (67.6)	45 (83.3)	45 (57.0)
Civil procedure	14 (32.6)	6 (11.1)	8 (10.6)
Finances (in €) (closed claims, <i>n</i> = 125)			
Total sum	1560 (0–897,282)	14,569 (500–897,282)	374 (0–18,093.8)
Sum paid directly to patients	–	12,000 (500–848,689)	–
Time frame (days) (closed claims, <i>n</i> = 125)			
Incident to filing a claim	231 (5–2192)	218 (5–1999)	239 (12–2192)
Filing a claim to closure	661 (104–4064)	1219 (141–3960)	516 (104–4064)

Data are expressed as median (minimum–maximum) or as frequency (%)

- Herhangi bir ciddi komplikasyondan sonra hasta ve yakınlarının nasıl ve ne zaman bilgilendirilmesi gerektiği kritik önemdedir
- İlk adım problem hakkında bilgilendirme herhangi bir kusur varsa bunu doğru bir ifadeyle paylaşmak olmalıdır
- Dürüst ve zamanında bir açıklama ile çoğu kez hasta ve yakınları affedici olacaktırlar
- İletişim yetersizliği medikolegal problemleri içeren sıkıntılı bir sürece sebep olabilir

- İlginiz için teşekkürler