

AKUT KOLESİSTİT İÇİN YAPILAN GEÇ LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE AÇIĞA GEÇİŞ NEDENLERİ

Ömer Faruk ÖZKAN¹, Ediz ALTINLI², Neşet KÖKSAL³, Atilla ÇELİK⁴, Mehmet Ali UZUN¹, Münire KAYAHAN⁴, Ersin ERGÜN⁵, Ersan EROĞLU⁵

Bu çalışma Prag'ta, 17-20 Mayıs tarihleri arasında; 17th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada amacımız; akut kolesistit nedeniyle konservatif tedavi alan ve 6-8 hafta sonra cerrahi tedavi planlanan hastalarda laparoskopik cerrahi sırasında açığa geçiş nedenlerinin irdelenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: 2004 –2009 yılları arasında akut kolesistit nedeniyle medikal tedavi alan ve 6-8 hafta sonra ameliyat edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Laparoskopik olarak başlanan ameliyatlardaki açığa geçiş nedenleri irdelendi.

BULGULAR: Ameliyat edilen 86 hastanın 16'sında (%18.6) açığa geçildi. 8 hastada intra-abdominal yapışıklıklar, 2 hastada anatomik yapıların ortaya konulamaması, 2 hastada safra kesesi kanseri şüphesi, 2 hasta kontrol edilemeyen kanama ve birer hastada diğer organ patolojisi ile duodenum yaralanması şüphesi nedeni ile

açığa geçildi.

SONUÇ : Akut kolesistitte ameliyat zamanlaması tartışmalıdır. Erken veya geç planlanan laparoskopik kolesistektomide gerektiğinde açığa geçmekten kaçınılmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Akut kolesistit, geç laparoskopik kolesitektomi

REASONS OF CONVERSION TO OPEN PROCEDURE IN DELAYED LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOLLOWING ACUTE CHOLECYSTITIS

Background: The aim of this study is to assess the reasons for conversion to open procedure in acute cholecystitis treated medically for an interval of 6-8 weeks.

Material and Methods: Between 2004 and 2009, patients whom were medically treated due to acute cholecystitis operated following 6-8 weeks time interval are retrospectively evaluated. The cases which were converted to open procedure are recorded. The conversion reasons are retrospectively analyzed.

Results: 86 patients were operated after conser-

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, Genel Cerrahi Uzmanı
2. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, Genel Cerrahi Doçenti, Şef Yardımcısı
3. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, Genel Cerrahi Doçenti, 2. Genel Cerrahi Klinik Şefi
4. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, Genel Cerrahi Uzmanı, Başasistan
5. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye, Genel Cerrahi Asistanı

vative treatment of acute cholecystitis. 16 (%18.6) patients had conversion open procedure. The reasons for conversion to open procedure are dense adhesions in 8 cases , discrimination of anatomic landmarks in 2 cases, suspected gallbladder cancer in 2 patients, uncontrolable hemorrhage in 2cases, suspected another organ pathology in 1 case and suspected duodenal injury in 1 case.

Conclusions : The appropriate timing for operation in the treatment of acute cholecystitis remains controversial. If it is necessary, conversion to open procedure during early or delayed interval laparoscopic cholecystectomy following acute cholecystitis could be done.

Key Words: Acute cholecystitis, delayed interval laparoscopic cholecystectomy

GİRİŞ

Akut kolesistit, safra kesesi boynu veya sistik kanalda tıkanıklık oluşması sonrası ortaya çıkan bir tablodur. Akut kolesistitin en önemli nedeni safra kesesindeki taşlardır. Güncel tedavisinde; erken kolesistektomi, konservatif tedavi sonrası birkaç hafta sonra kolesistektomi ve konservatif tedavinin başarısız olduğu yüksek riskli hastalarda drenaj yöntemi uygulanabilmektedir.⁽¹⁻⁶⁾ Akut kolesistit tanısı alan hastaların erken veya konservatif tedavi sonrası ameliyat edilmesi halen tartışmalara neden olmaktadır. Bir kısım cerrahın erken cerrahi tedavi uygulamasına rağmen diğerleri konservatif tedavi uygulayıp, daha sonra cerrahi girişimi uygun bulmaktadır⁽²⁾.

Geç cerrahi girişimi tercih edenler akut, inflame bir bölgede ameliyatın teknik olarak zor olabileceğini, bunun morbiditeyi ve laparoskopik cerrahiden açığa geçiş oranını artırdığını ileri sürmektedirler⁽²⁾.

Buna karşılık erken cerrahi girişimi savunanlar mortalite ve morbiditede artış olmadığını, medikal tedavi esnasında gelişebilecek gangren ve perforasyon gibi ağır komplikasyonları engellediğini, ayrıca ikinci kez hastaneye yatış ve bunun getirdiği sosyal ve ekonomik sorunların erken cerrahi girişimle ortadan kaldırdığını savunmaktadır⁽³⁻⁵⁾.

Çalışmamızda; akut kolesistit nedeniyle kliniği-

mizde konservatif tedaviden sonra laparoskopik kolesistektomi planlanan hastalarda, laparoskopik başlanan ameliyatların açığa geçiş nedenleri ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2004- Mart 2009 yılları arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğinde akut kolesistit nedeniyle yatırılarak tedavi gören ve 6-8 hafta sonra elektif ameliyat edilen 86 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastalarda akut kolesistit tanısı klinik muayene, laboratuvar tetkikleri ve ultrasonografi ile kondu. Tüm hastaların yatış sonrası oral alımı durdurularak, intravenöz antibiyoterapi başlandı. Konservatif tedavileri başarı ile sonuçlanan hastalar, taburcu edildikten 6-8 hafta sonra laparoskopik kolesistektomi için tekrar yatırıldı. Bu şekilde ameliyata alınan hastaların dosyaları ve ameliyat notları incelenerek açığa geçiş nedenleri irdelendi. Başlangıç değerlendirmesi ve konservatif tedavi sürecinde acil laparotomi ve laparoskopi ihtiyacı olan olgular çalışmaya dışı tutuldu.

BULGULAR

Kliniğimizde akut kolesistit nedeniyle geç laparoskopik kolesistektomi planlanarak yatırılan 86 hastanın 57'si (%66) kadın, 29'u(%34) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 55.1 yıldır. Erkek hastaların yaş ortalaması 59.9, kadın hastaların yaş ortalaması 52.6 yıldır. Ameliyat edilen 16 hastada açığa geçildi. Açığa geçilen 16 hastanın 10'u erkek, 6'sı kadındır. Açığa geçilen hastaların, özgeçmişlerinde 2 hastada geçirilmiş apendektomi hikayesi (Mc Burney insizyon skarı) mevcuttu. 8 hastada intra-abdominal yapışıklık, 2 hastada yeterli görüş sağlanamayarak anatomik yapıların ortaya konulamaması (Callot üçgeninin net olarak ortaya konulamaması), 2 hastada safra kesesi kanseri şüphesi, 2 hastada kontrol edilemeyen kanama, 1 hastada karın içi diğer organ patolojisi (mide tümörü) ve 1 hastada duodenum yaralanması şüphesiyle açığa geçildi (Tablo1). Kanama nedeniyle açığa geçilen hastalarda kanamanın durduğu, duodenum yaralanması şüp-

Tablo 1: Akut kolesistitte, geç laparoskopik kolesistektomide açığa geçiş nedenleri.

| Açığa Geçiş Nedenleri | Hasta Sayısı | Yüzde |
|----------------------------------|--------------|-------|
| İnta- abdominal yapışıklık | 8 hasta | %9,3 |
| Yeterli görüş sağlanamaması | 2 hasta | %2,3 |
| Kontrol edilemeyen kanama | 2 hasta | %2,3 |
| Safra kesesi kanseri şüphesi | 2 hasta | %2,3 |
| Karın içi diğer organ patolojisi | 1 hasta | %1,1 |
| Duodenum yaralanma şüphesi | 1 hasta | %1,1 |

hesi olan hastada ise sadece serozal yaralanma saptandı. 13 (%81) hastada açığa geçme kararı doğru olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Akut kolesistit karın ağrısı, bulantı, kusmadan, hayatı tehdit edici komplikasyonlara kadar gidebilecek klinik bir tablodur⁽⁶⁾. Akut kolesistitin tedavisi; erken kolesistektomi, konservatif tedavi sonrası geç kolesistektomi ve genel durumu uygun bozuk olan hastalarda drenaj yöntemlerini içerir. İlk iki tedavi yönteminin birbirine avantajı ve dezavantajı vardır. Erken laparoskopik kolesistektomide; inflamasyona bağlı anatomik yapıların ortaya konmasındaki zorluk ve açığa geçme oranlarında artış dezavantajlarıdır. Konservatif tedavi sonrası ameliyatın, iki kez hastaneye yatmayı gerektirmesi, zaman ve işgücü kaybı, hastaların elektif ameliyat beklerken yeni bir atak geçirmesi gibi dezavantajlara sahiptir^(6,7). Laparoskopik kolesistektomi sırasında açığa geçmek bir komplikasyon olmayıp, farklı merkezlerde bu oran %0–20 arasında değişmektedir⁽⁸⁻¹⁰⁾. Kama ve ark.⁽¹¹⁾ 1000 vakalılık laparoskopik kolesistektomi serisinde açığa geçiş nedenlerini irdelemişlerdir. Geçirilmiş akut kolesistit atağına bağlı olarak oluşan adezyon ve inflamasyonun istatistiksel olarak anlamlı oranda açığa geçiş nedeni olduğunu saptamışlardır. Bizim vakalarımızda açığa geçmenin en sık sebebi literatürle uyumlu olarak adezyon ve inflamasyona bağlı anatomik yapıların ortaya kona-

mamasıdır.

Çalışmamızda safra kesesi kanseri şüphesi ile 2 hastada açığa geçilmiştir. Kraas ve ark.⁽¹²⁾ yaptığı çalışmada 7130 laparoskopik kolesistektomi vakasından ameliyat sırasında 30 (% 0.42) hastada safra kesesi kanseri saptamıştır. Steinert ve ark.⁽¹³⁾ yaptığı çalışmada laparoskopik kolesistektomi sonrası port yerinde nüks olabileceğini belirterek Evre 1b den sonra açık kolesistektomiyi önermiştir. Açığa geçtiğimiz 2 vakadan birinde T2 safra kesesi tümörü saptanmış olup hasta tekrar kliniğimize yatırılarak radikal kolesistektomi planlanmıştır.

Hastaların bir tanesinde açığa geçme nedeni diğer organ patolojisi (mide tümörü) dir. Gal ve ark.⁽¹⁴⁾ laparoskopik kolesistektominin diğer organlardaki patolojileri atlanabileceği belirtmiştir. 676 vakalılık laparoskopik kolesistektomi serisinde postoperatif 4 vakada, 2 hafta ile 7 ay arasında gecikme ile başka organ patolojisi saptamışlar. Tanıda gecikme saptadıkları 4 vakanın 2'sinde kolon tümörü, 1'inde mide tümörü ve birinde de intestinal obstrüksiyona neden olacak mesenterik fibrozis saptamışlardır. Bizim bir vakamızda saptadığımız mide tümöründe eş zamanlı rezeksiyon yapılmış olup patolojisi adenokarsinom olarak rapor edilmiştir.

Ball ve ark.⁽¹⁵⁾ laparoskopik kolesistektomi sırasında %0.1-1.9 oranında kanama görülebileceğini, bu kanamanın genelde safra kesesi yatağından olduğunu ve kontrakte safra kesesinin bu riski arttırabileceğini bildirmişlerdir. Bizim yaptığımız geç kolesistektomi vakalarında, 2 hastada kontrol edilemeyen kanama nedeniyle açığa geçilmiştir. Geçirilmiş akut atak sonrasında kesenin kontrakte bir hal alması ve laparoskopik olarak kanamanın kontrol edilememesi, bizim vakalarımızdaki açığa geçiş nedenidir.

Bir vakada duodenumda yaralanma şüphesi ile açığa geçilmiştir. Atlanmış duodenum yaralanması nadir görülen fakat postoperatif mortaliteyle sonuçlanabilecek bir durumdur⁽¹⁶⁾. Açığa geçtiğimiz bir vakada duodenum eksplere edilmiş olup sadece serozal yaralanma saptanmıştır. Artan tecrübeyle bu tip yaralanmalar tam kat dahi olsa açığa geçmeden onarılabilir.

Sonuç olarak akut kolesistit sonrası geç laparoskopik kolesistektomi bir tedavi seçeneği olup gerisinde açığa geçmekten kaçınılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Karam J, Roslyn J. *Cholelithiasis and Cholecystectomy. Maingot's Abdominal Operations (Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis) Tenth edition. Connecticut, Appleton and Lange. Vol 2, 1717-1739, 1997*
2. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, et al. *Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Br.J.Surg. 2010; 97(2):141-50.*
3. Siddiqui T, MacDonald A, Chong PS, Jenkins JT. *Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. Am.J. Surg. 2008;195(1):40-7*
4. Lau H, Lo CY, Patil NG, Yuen WK, et al. *Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. Surg. Endosc. 2006;20(1):82-7.*
5. Barak O, Elazary R, Appelbaum L, Rivkind A. *Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. Isr Med Assoc J. 2009;11(12):739-43*
6. Nahrwold DL: *Acute Cholecystitis. Sabiston Textbook of Surgery (Sabiston DC, Duke JB). Fifteenth Edition Philadelphia, Pennsylvania, WB Saunders Company. 1126-1131, 1997*
7. Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai EC, Wong J. *Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Ann.Surg. 1998;227(4):461-7.*
8. Deizel DD, Millikan KW, Economou SG, et al. *Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and analysis of 77,604 cases. Am.J.Surg. 1993; 165:9-14*
9. Cushieri A, Dubois F, Mouiel J, Mouret P, et al. *The European experience with laparoscopic cholecystectomy. Am.J.Surg. 1991; 161:385-387*
10. Wilson P, Leese T, Morgan WP, Kelly JF, et al. *Elective laparoscopic cholecystectomy for "all-comers." Lancet 1991; 338:795-797*
11. Kama NA, Doganay M, Dolapci M, Reis E, et al. *Risk factors resulting in conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery. 11 Am J Surg. 1994; 168(6):555-8; discussion 558-9.*
12. Kraas E, Frauenschuh D, Farke S. *Intraoperative suspicion of gallbladder carcinoma in laparoscopic surgery: what to do?. Dig.Surg. 2002;19(6):489-93*
13. Steinert R, Nestler G, Sagynaliev E, Müller J, et al. *Laparoscopic cholecystectomy and gallbladder cancer. J.Surg.Oncol. 2006; 15;93(8): 682-9.*
14. Gál I, Szívós J, Jaberansari MT, Szabó Z. *Laparoscopic cholecystectomy. Risk of missed pathology of other organs. Surg.Endosc. 1998; 12(6):825-7.*
15. Ball CG, MacLean AR, Kirkpatrick AW, Bathe OF, et al. *Hepatic vein injury during laparoscopic cholecystectomy: the unappreciated proximity of the middle hepatic vein to the gallbladder bed. J.Gastrointest.Surg. 2006; 10(8):1151-5.*
16. Testini M, Piccinni G, Lissidini G, Di Venere B, et al. *Management of descending duodenal injuries secondary to laparoscopic cholecystectomy. Dig.Surg. 2008; 25(1): 12-5.*