

Laparoskopik kolesistektomide dren kullanımı: ultrasonografik bir çalışma

Abut KEBUDİ (*), Adnan İŞGÖR (**), Gürkan YETKİN (*), İsmail AKGÜN (***)

ÖZET

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında dren kullanımının gerekliliğini incelemek.

Yöntem: Kliniğimizde arka arkaya yapılan 78 laparoskopik kolesistektomi (LK) ameliyatı, çalışma kapsamına alındı. Dren konan ve konmayan tüm olgular, postop dönemde gerek klinik olarak ve gerekse de batın ultrasonografisi (USG) ile izlendiler. USG tüm olgularda postop 2. gün ve koleksiyon olan olgularda ilaveten 5. gün yapıldı.

Bulgular: 78 LK'nın 6'sında (% 7.7) açığa geçildi. Başlangıçta, kalan 72 olgunun zor olan 6'sında dren kullanıldı. Bu olgularda, drenaj minimaldi ve en geç 48 saatte kesildi. Ayrıca bu olgularda USG ile herhangi bir koleksiyon saptanmadı ve klinik takip çok iyi seyretti. Bundan dolayı, geri kalan 66 olguda dren kullanmadık. Bu 66 olgunun 26'sı zordu. Olguların 9'unda (% 35) ve geri kalan 40 olgunun 11'inde (% 27.5), USG ile boyutları 0.8x1 cm ile 3x4 cm arasında değişen koleksiyon saptandı. Tüm hastalar erken dönemde taburcu edildiler ve ayakta takip edildiler. Koleksiyonun bir hafta içinde kaybolduğu USG ile gözlemlendi. Tüm hastalar tamamen düzeldi ve bir ay sonraki kontrolleri de gayet iyi idi.

Sonuç: Dikkatli bir diseksiyon ve hemostaz uygulandığı takdirde, LK ameliyatlarında dren kullanımının gerekli olmadığını ve endikasyon yoksa, postop erken dönemde USG ile rutin takibin de gerekli olmadığını, klinik takibin daha önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, kolesistektomi, dren, ultrasonografi

SUMMARY

Drain usage in laparoscopic cholecystectomy: an ultrasonographic study

Objective: Investigating the need of using a drain in LC by the patients clinical follow-up and by postoperative ultrasonography (USG).

Methods: 78 laparoscopic cholecystectomies (LC) were performed consecutively in our clinic. In this study, the need of using a drain in LC was investigated by the patients clinical follow-up and by postoperative ultrasonography (USG). USG was performed in the second postoperative day in all patients and in the fifth postoperative day in patients with any collection.

Results: Six of the 78 LC (7.7 %) were converted to open cholecystectomy. As we started LC; in 6 difficult cases of the 72 LC, a drain was inserted. In these cases, drainage was minimal and stopped in 48 hours, no collection was seen by USG and clinical follow-up was good. Therefore, we did not use a drain in the rest 66 cases. 26 of these 66 cases were difficult. In 9 of these cases (35 %) and in 11 of the 40 rest easy cases (27.5 %) a collection was observed by USG in the range of 0.8x1 cm to 3x4 cm. In these series, all patients were discharged in the early postoperative period and were followed-up ambulatory. The collection was seen to disappear within a week in the repeated USG. All patients fully recovered and there was no problem after one month.

Conclusion: These results suggest that the insertion of a drain is not necessary in LC, if dissection and haemostasis is made meticulously.

Key words: Laparoscopy, cholecystectomy, drain, ultrasonography

GİRİŞ

1987 yılında ilk defa yapıldıktan sonra, laparoskopik kolesistektomi (LK) semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde geniş kabul gör-

müş ve giderek açık kolesistektominin yerini almıştır (1,2).

Özellikle hastanın hastanede daha kısa süre kalması, düşük morbidite, düşük maliyet ve işe erken dönmeyi sağlaması bu yöntemin öne çıkmasını sağlamıştır (1,2,3,4). Ayrıca yayınlanan değişik çalışmalar, bu yöntemin özellikle de-

(* Şişli Etfal Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Op. Dr.

(**) Şişli Etfal Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Doç. Dr.

(***) Şişli Etfal Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, Asis. Dr.

neyimli ellerde oldukça güvenilir ve etkili olduğunu ortaya koymuştur (5,6,7,8). İlk seriler yayınlandığında, ilk deneyimlerde ve zor vakalarda dren kullanımı önerilmekteydi (9,10).

Bu prospektif çalışmada amaç, laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalarda dren kullanımının gerekli olup olmadığının, hastaların klinik takibi ve postoperatif ultrasonografi ile araştırılmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde ardarda yapılan 78 LK olgusu, bu prospektif çalışma kapsamına alındı. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımları, dren konan olgular ve özellikleri ve postop bulgular incelendi. Postop takipte hastanın kliniği, muayene bulguları, hemogram, dren gelen sıvının cins ve miktarı ve hastanede yatış süreleri incelendi. Ayrıca tüm seride postop 2. gün batın ultrasonografisi (USG) çekildi ve batında koleksiyon saptananlarda 5. gün tekrarlandı. Hastalar bir ay takip edildi.

BULGULAR

Kliniğimizde prospektif olarak ardarda yapılan 78 LK olgusu bu çalışmaya dahil edildi. Olguların 62'si kadın, 16'sı erkekti. Yaş dağılımı 23-71 yaş olup, median yaş 47 idi. Olgularımızda safra kesesine bağlı semptomlar ortalama 20 aydır mevcuttu. 78 LK'nin 6'sında açık metoda geçildi (% 7.7). Sebep, 1 vakada karaciğer yatağı ve etrafa ileri derecede yapışık ve distandü kese, 3 vakada anatominin net olarak ortaya konamaması, 1 vakada duktus sistikusun kopması ve koledok tarafının seçilememesi ve 1 vakada da karbondioksit gazının bitmesi idi.

Kalan 72 LK olgusunun 6'sında dren kullanıldı. Kullanılan drenler 3 olguda penros ve diğer 3 olguda ise hemovak drendi. Dren koyma sebebi, 3 olguda hidropik, duvarı kalın kesenin operasyon sırasında perfore olması, 2 olguda kesenin karaciğer ve etrafa aşırı yapışık olup anatominin iyi ortaya konamaması ve diseksiyonun güç olması ve son olguda da akut kese olmasıydı. Drenlerden gelen sıvı serohemorajik

nitelikte olup, miktarı toplam 50-250 ml arasındaydı. Drenlerin tamamı 48 saatte çekildi. Bu vakalarda postop takipte USG ile bir koleksiyon saptanmadı.

Dren konulan olgular, serimizin erken olgularıydı ve bunlarda postop dönemde dren gelen sıvının az olması ve erken kesilmesi, USG'de koleksiyon saptanmaması ve klinik durumlarının da iyi seyretmesi üzerine, daha sonraki olgularda dren kullanılmadı. Dren kullanılmayan 66 olgunun 26'sı zor olarak tanımlanabilecek olgulardı. Bunların 9'unda (% 35) ve geri kalan 40 olgunun 11'inde (% 27.5) postop 2. gün çekilen USG'de en az 0.8x1 cm ile en çok 3x4 cm boyutlarında koleksiyon saptandı.

USG'de koleksiyon saptansa da, olgular erken taburcu edildiler. Hastanede yatış süresi tüm olgular için 1-5 gün, ortalama 3 gündü. USG'de koleksiyon saptanan olgularda 5. gün USG tekrarlandı ve en geç bir haftada koleksiyonun kaybolduğu gözlemlendi. Tüm hastalar sorunsuz bir şekilde iyileşti. Postop 1 aylık takiplerinde de bir soruna rastlanmadı.

Koleksiyon saptanan ve saptanmayan, dren kullanılan ve kullanılmayan hastalar arasında, kullanılan analjezi, hastanede yatış süresi, işe veya tam aktiviteye dönüş süresi bakımından bir fark saptanmadı.

TARTIŞMA

Açık kolesistektomi ilk olarak 1882'de Berlin'de Langenbuch tarafından yapılmıştır ve safra taşı hastalığının tedavisinde bir dönüm noktasıdır (11). Ancak bu yöntemde, hastanede kalma süresi uzun ve normal aktiviteye dönüş süresi, birkaç hafta idi. Noninvaziv ve minimal invaziv tedavi şekilleri nispeten yenidir. Ekstrakorporeal şok dalgası ile taş kırma, seçilmiş olgularda % 80'den fazla oranda başarılıdır (12). Ancak şok dalgası ve safra asidi eritme tedavisi de yapılırsa, bir yıl sonra safra taşı rekürrens oranı % 9 civarında olmaktadır (13).

Sadece safra asidi tedavisi (kenodeoksikolik asid, ursodeoksikolik asid veya ikisi ile) % 40

vakada başarısızdır. 6 ay ile 2 yıl süren bir te-
davidir ve ilaç kesildiğinde rekürrens oranı %
50'dir (12).

Safra kesesine kateter yerleştirilerek metil tert-
butil eter ile kolesterol taşları eritilebilir. Bu
yöntemin uygulanışı sınırlı olup, komplikas-
yonları ve rekürrensi olan bir yöntemdir (14).
Rekürrens probleminin yanısıra, safra kesesini
yerinde bırakan yöntemlerde safra kesesi kan-
seri riski de ayrıca önemli bir konudur (14).

Safra kesesini ortadan kaldıran yöntemler halen
önemini korumaktadır. Bu da, açık veya lapa-
roskopik kolesistektomi şeklinde yapılmakta-
dır. LK ameliyatında dren kullanımı, tartışmalı
bir konudur. Hawasli ve ark. 1989'da başladık-
ları LK ameliyatlarında dreni rutin kullanmış-
lar ve 480 olgunun beşinde safra drenajı ve
üçünde kanama saptamışlardır. Bir kanamalı
hasta dışında da hiçbir olguda reoperasyon ge-
rekmemiştir (9). Contini ve ark. kendi deneyim-
lerine göre, LK ameliyatlarında başlangıçta
veya zor olgularda drenin yeri olduğunu be-
lirtmişlerdir (10).

Kendi serimizde ağırlıklı olarak erken va-
kalarda olmak üzere, 72 olgunun 6'sında dren
kullandık. Drenlerden toplam 50-250 ml mik-
tarında ve serohemorajik nitelikte sıvı geldi ve
drenler en geç 48 saatte çekildiler. Hastalar pos-
top dönemde klinik bulgular, muayene bul-
guları, ateş, hemogram, 2. ve 5. gün çekilen
batın USG ile takip edildi. Dren kullanılan ol-
gularda anlamlı bir drenaj olmaması, drenajın
erken kesilmesi ve dren konulmayan olgularda
da, USG'de en fazla 3x4 cm boyutlarında ko-
leksiyon görülmesi üzerine, daha sonra dren
kullanılmadı. Ayrıca, gelişen koleksiyonların en
geç bir haftada kaybolduğu gözlemlendi.

Gerek dren kullanılan ve gerekse de kullanı-
lmayan serilerde takipler iyi seyretti ve araların-
da bir fark saptanmadı. Dren konulmaması, bir
reoperasyonu gerektirmedi. Hastanede kalış sü-
resi olarak, Reddick ve Olsen ortalama 1.96
günü (3), Soper 1 günü (4), Perissat 4 günü (15)
ve Kang 1 (17) günü bildirmiştir.

Bizim serimizde, bu süre 1-5 gün arasında de-
ğişmekle beraber, ortalama 3 gün olup litera-
türle uyumludur. Normal aktiviteye dönüş ise,
literatürde olduğu gibi postop bir hafta sonra
oldu (3,4). Bir ay sonra yapılan kontrollerde de
bir probleme rastlanmadı.

LK ameliyatlarında postop gelişebilecek ko-
leksiyon ve diğer komplikasyonları takip açı-
sından noninvaziv ve kolay uygulanabilir bir
radyolojik yöntem olarak USG çok tercih edilen
bir yöntemdir (16-23). Elboim ve Shirazi, kendi
çalışmalarında postop sıvı koleksiyonunu % 12-
24 oranında saptamışlardır (24-25). Ancak buna,
klinik durum, hemogram veya karaciğer test-
lerinde herhangi bir bozulmanın eşlik et-
mediğini ve problem yaşanmadan geçtiğini be-
lirtmişlerdir. Wright ve Williamson, yaptıkları
çalışmada 25 LK hastasının 7'sinde (% 28) pos-
top dönemde koleksiyon saptamışlar, ancak bu
durumun, herhangi bir komplikasyon ge-
leşmeden geçtiğini belirtmişlerdir (18).

Farrell ve ark. 100 olguluk LK serilerinde USG
ile 10 hastada batın içi sıvı koleksiyonu sap-
tamışlar ve ancak 1'inin klinik olarak önemli ol-
duğunu ortaya koymuşlardır (26). Bizim seri-
mizde de, en fazla 3x4 cm boyutunda koleksi-
yon saptanmış, ancak herhangi bir problemle
karşılaşmamıştır.

Sonuç olarak LK hastalarında dikkatli bir di-
seksiyon ve hemostaz yapmak çok önemlidir.
Buna rağmen gelişebilecek bir koleksiyon, kli-
nikte bir bozulma ile birlikte değilse anlamlı de-
ğildir. Ayrıca koleksiyonların büyük çoğunluğu
bu niteliktedir. Dolayısıyla, bu kurallara uygun
yapılan bir LK ameliyatında dren koymaya
gerek olmadığını ve postop erken dönemde, ge-
rektiğinde USG çekilmesini, rutinde USG ile ta-
kibin gerekli olmadığını ve klinik takibin daha
çok önemli olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Brandon JC, Velez MA, Teplick SK, et al. La-
paroscopic cholecystectomy: Evaluation, early re-
sults and impact on non-surgical gallstone therapies.
Am J Roentgenology 1991; 157:235-39.
2. Grace PA, Quereshi A, Coleman J, Broe P, Bo-

uchier-Hayes D. Reduced postoperative hospitalization after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1991; 78:362-65.

3. Reddick EJ, Olsen DO. Laparoscopic laser cholecystectomy: A comparison with minilaparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1989; 3:131-33.

4. Soper NJ, Barteau JA, Clayman RV, Ashley SW, Dunnegan DL. Comparison of early postoperative results for laparoscopic versus standard open cholecystectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 2:114-18.

5. Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J, et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161:385-7.

6. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW. Laparoscopic cholecystectomy. The new "gold standard?" *Arch Surg* 1992; 127:917-23.

7. Spaw AT, Reddick EJ, Olsen DO. Laparoscopic laser cholecystectomy: Analysis of 500 procedures. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:2-7.

8. The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Eng J Med* 1991; 324:1073-8.

9. Hawashi A. To drain or not to drain in laparoscopic cholecystectomy: Rationale and technique. *Surg Laparosc Endosc* 1992; 2:128-30.

10. Contini S, Dalla Valle R. Laparoscopic cholecystectomy: A need to drain? *Acta Biomed Ateneo Parmense* 1992; 63:237-41.

11. Becker GJ, Kopecky KK. Can the newer interventional procedures replace cholecystectomy for cholelithiasis? *Radiology* 1988; 167:275-79.

12. van Sonnenberg E, Hofmann AF. Horizons in gallstone therapy: 1988 *AJR* 1988; 150:43-6.

13. Sackmann M, Ippisch E, Sauerbruch T, Holl J, Brendel W, Paumgartner G. Early gallstone recurrence rate after successful shock-wave therapy. *Gastroenterology* 1990; 98:392-96.

14. So CB, Gibney RG, Scudamore CH. Carcinoma of the gallbladder: a risk associated with gallbladder-preserving treatments for cholelithiasis. *Radiology* 1990; 174:127-30.

15. Perissat J, Collet DR, Belliard R. Gallstones: Laparoscopic treatment, intracorporeal lithotripsy fol-

lowed by cholecystostomy or cholecystectomy-a personal technique. *Endoscopy* 1989; 21:373-74.

16. Nunez D Jr, Becerra JI, Martin LC. Subhepatic collections complicating laparoscopic cholecystectomy: Percutaneous management. *Abd Imaging* 1994; 19:248-50.

17. Kang EH, Middleton WD, Balfe DM, Soper NJ. Laparoscopic cholecystectomy: Evaluation with sonography. *Radiology* 1991; 181:439-42.

18. Wright NB, Williamson VC. Ultrasound findings following laparoscopic cholecystectomy. *Br J Radiol* 1994; 67:429-30.

19. Waneck VR, Pichler W, Mauksch A, Jiru P, Lederer K. Sonographic findings following laparoscopic cholecystectomy. *Fortschr Röntgenstr* 1993; 159:236-39.

20. Schnarkowski VP, Decker D, Decker P, Kreft B, Hirner A, Reiser MF. Diagnostic imaging modalities in endoscopic cholecystectomy. *Fortschr Röntgenstr* 1995; 162:497-501.

21. Regoly-Merei J, Ihasz M, Fazekas T, et al. The role of sonography in laparoscopic cholecystectomy. *Orv-Hetil* 1995; 136:1371-79.

22. Ascher SM, Evans SR, Zeman RK. Laparoscopic cholecystectomy: Intraoperative ultrasound of the extrahepatic biliary tree and the natural history of postoperative transabdominal ultrasound findings. *Semin Ultrasound CT MR* 1993; 14:331-7.

23. Winick AB, Osborn HH, Boroldi RC, Coletta AV, Rose D. The values of postoperative ultrasound examination after laparoscopic laser cholecystectomy surgery. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1:187-91.

24. Elboim CM, Goldman L, Hahn L, Palestrant AM. Significance of postcholecystectomy subhepatic fluid collections. *Ann Surg* 1983; 198:137-41.

25. Shirazi KK, Maull KI. Subhepatic sonography following cholecystectomy. *J Ultrasound Med* 1982; 1:271-3.

26. Farrell TA, Geraghty JG, Keeling F. Abdominal ultrasonography following laparoscopic cholecystectomy: A prospective study. *Clin Radiology* 1993; 47:111-3.

Alındığı tarih: 29 Aralık 1997

Yazışma adresi: Op. Dr. Abut Kebudi, Salih Tozan Sokak, Polat Apt. No:2/22 80300 Gayrettepe-İstanbul
