

Karın Ameliyatı Geçirmiş Hastalarda Laparoskopik Kolesistektomi

Tarik İZBUL*, Salih İZBUL**

ÖZET

Amaç: Daha önceden geçirilmiş karın ameliyatlarının laparoskopik kolesistektomi için bir olumsuzluk yaratıp yaratmadığını araştırmak.

Yöntem: Nisan 1996- Kasım 2000 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi yaptığımız 250 olgu çalışmaya alındı. Olgular geçirilmiş karın ameliyatı olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastalara açık yöntemle göbekten girilerek insüflasyon sağlandı. Her iki grup ameliyat süresi, ameliyat sırasında gelişen küçük ve ciddi komplikasyonlar, klinikte kalış süreleri ve açık ameliyata geçiş oranları açısından karşılaştırıldı. Sonuçların analizinde student t-test ve ki-kare yöntemleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya aldığımız 250 olgumuzdan 99 (% 39,6)'unda geçirilmiş karın ameliyatı hikayesi vardı ve tüm olgularda Hasson tekniği ile batın enfüfle edildi. İki grup arasında ameliyat süresi, ameliyat sırasında gelişen küçük ve ciddi komplikasyon, klinikte kalış süreleri karşılaştırıldığı zaman anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Açık ameliyat yöntemine geçiş daha önce karın ameliyatı geçirmemiş olgularda % 3,6, geçirilmiş olgularda ise % 0,4 olarak hesaplandı. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (exact sig = 0.483). Yalnızca bir olgumuzda açık ameliyata geçiş nedeninin geçirilmiş karın ameliyatına bağlı olduğunu tesbit ettik.

Sonuç: Bizim serimizde, geçirilmiş karın ameliyatlarının laparoskopik kolesistektomi için bir olumsuzluk yaratmadığı tesbit edildi.

Anahtar kelimeler: Geçirilmiş karın ameliyatı, laparoskopik kolesistektomi

SUMMARY

Previous abdominal surgery and laparoscopic cholecystectomy

Objective: Is previous abdominal surgery making any negative effect on laparoscopic cholecystectomy?

Methods: Between April 1996 – November 2000 we performed 250 laparoscopic cholecystectomies. We divided our patients into two groups. Patients who have had previous abdominal surgery and who have had no previous abdominal operation. Both groups compared with operative time, intraoperative minor and major complications rate and postoperative hospitalisation period. All results analyse with student-T, Fisher's exact test and Chi-Square test.

Results: We use Hasson technique for insufflations the abdomen to all our patients. In our series 99 (%39.6) patients have had one or more previous abdominal operations. When we compared two groups we found no significant differences between operative times, duration of hospitalisation ($t= 1.223 p>0.05$, $t = 1.071$, $p> 0.05$). There were no correlations between minor and major complications with previous abdominal surgery ($\chi^2=2.892$, $p>0.05$). Conversion rate was % 0,4 in patients with previous laparotomies and % 3,6 in patient with no previous operation. There were no significant differences between this two groups(exact sig=0.483 $p>0.05$). Only in one patient the cause of conversion was previous abdominal surgery.

Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy can safely be performed in patient with previous abdominal surgery.

Key Words; Previous abdominal surgery, laparoscopic cholecystectomy.

GİRİŞ

Semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde laparoskopik kolesistektominin yeri tartışılmazdır. Günümüzde laparoskopik kolesistektominin hastaya, cerraha ve ekonomiye büyük yararlar sağladığı belirtilmektedir (1). Bu nedenle hastanın kendi istemi dışında semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde cerrahların seçimi

mi laparoskopik kolesistektomidir.

Yöntemin ilk uygulamaya girdiği yıllarda laparoskopik kolesistektomi kontrendikasyon listesi çok kabarıktı. Cerrahların bu yöntem üzerinde deneyimlerinin artması, kullanılan alet ve gereçlerin teknolojiye bağlı olarak sürekli yenilenmesi, laparoskopik kolesistektomi kontrendikasyonlarını da azaltmıştır. Rölatif kontrendikasyonlar içerisinde sayılan geçirilmiş karın ameliyatı, laparoskopik kolesistektomi için halen tartışma konusu olan bir durumdur. Geçir-

(*) Op Dr, Lefkoşa Devlet Hastanesi, KKTC,

(**) Op Dr, Girne Dr Akçiçek Hastanesi, KKTC

rilmiş üst veya alt karın ameliyatı olan olgularda ince barsağın ön karın duvarına yapışma riski yüksektir. Bu durumda karına insüflasyon için körlemesine sokulan iğnenin ve trokarın barsağı delme riski vardır.

Tablo 1: Karın ameliyatı öyküsü olan hastalarda insizyon yerleri ve dağılımı

İnsizyon sikatrisinin yeri	Olgu sayısı	%
Pfannensteil	44	44.4
McBurney	19	19.2
Pfannensteil+McBurney	18	18.2
Göbek altı median	6	06.1
Göbek altı sağ paramedian	4	04.0
Göbek altı median+ Mc Burney	2	02.0
Sol subkostal	2	02.0
Göbek üstü ve altı median	2	02.0
Pfannensteil+Göbek	1	01.0
Göbek üstü sol paramedian	1	01.0

Bazı araştırmalar geçirilmiş karın ameliyatını açık yöntemle dönüşü ve morbititeyi artırıcı bir faktör olarak belirtmesine karşın (2,3) diğerleri herhangi bir olumsuzluk yaratmadığını belirtmiştir (4,5,6).

Çalışmamızda geçirilmiş karın ameliyatlarının laparoskopik kolesistektomi için bir olumsuzluk oluşturup oluşturmadığını retrospektif olarak araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Nisan 1996- Ocak 2000 tarihinde yapılan 250 laparoskopik kolesistektomi olgunun dosyası retrospektif olarak incelendi. Operasyonlar tek cerrah, iki farklı ekip tarafından ve iki farklı klinikte yapıldı.

Olguların laparoskopik kolesistektomi endikasyonları ultrasonografi ile konuldu. Preoperatif tetkikleri yapıldıktan sonra ameliyat olabilecek hastalar arasında bir ayırım yapılmadan laparoskopik kolesistektomiye alındılar. Ameliyat öncesi dönemde hastalar tuvalete gönderilerek mesaneleri boşaltıldı. Entübasyondan sonra nazogastrik sonda takılarak mide dekompresyonu sağlandı ve olgulara profilaktik olarak 1 gr 3. kuşak safalosporin IV yapıldı. Operasyonlarda yeniden kullanılabilir aletler kullanıldı. Olguların tümünde Hasson (7) tekniği kullanılarak karına girildi ve insüflasyon sağlandı. Karın içi ba-

sınç 12 – 14 mmHg olarak ayarlandı. Operasyon Amerikan tekniği kullanılarak yapıldı. Safra kesesinin Karaciğerden diseksiyonu için genelde hook elektrod nadiren ise makas kullanıldı. Operasyon süresi teleskopun karın içerisini ay-

dınlattığı ile çıkışı arasındaki süre olarak hesaplandı. Olgular daha önce karın ameliyatı geçiren ve geçirmeyenler olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında; cerrahi büyük ve küçük komplikasyonlar, ameliyat süresi, açık ameliyata geçiş oranı ve klinikte kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı araştırıldı.

Veriler SPPS 9.0 for Windows programı kullanılarak, istatistiki olarak belirle-

yici 'Student-t testi', 'Fisher's exact test' ve 'kikare' testleri ile değerlendirildi.

BULGULAR

Olguların 197 (%78.8)'si kadın, 53 (%21.2)'ü erkekti. Daha önce karın ameliyatı geçiren grubda 10 erkek (%10.1), 89 kadın (% 89.9), ameliyat geçirmeyen grubda ise 43 erkek (% 28.5), 108 kadın (% 71.5) olgu vardı. İstatistiki olarak cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($t=0.608$, $p>0.005$).

En küçük yaş 16, en büyük yaş 73, ortalama yaş ise 44.4 ± 12.7 yaş olarak hesaplandı. Karın ameliyatı öyküsü olan olgularda ortalama yaş 42.98, olmayan grubda ise 45.4 yıl olarak hesaplandı. İki grup arasında yaş ortalaması bakımından anlamlı bir fark tesbit edilmedi ($t=1.132$, $p>0.05$).

Olguların laparoskopik kolesistektomi endikasyonu; 247 (%98)'sinde semptomatik safra kesesi taşı, 2 (%1,3)'sinde safra kesesi polipi, 1 (%0.6)'inde non-fonksiyonel safra kesesi idi.

Olgularımızın 99 (%39.6)'unun daha önce geçirilmiş bir veya daha fazla karın ameliyatı öyküsü vardı. Karın ameliyatı öyküsü olan hastalar-daki insizyon yerleri ve oranları Tablo 1'de gösterildi;

Geçirilmiş karın ameliyatı olan grupta laparos-

kopik kolesistektomi ortalama ameliyat süresi 40.0±18.5 (15-120dk) dakika, ameliyat anamnezi olmayan grupta ise 45.43±30.7 (15-240) dakika olarak hesaplandı (t = 1.213, p>0.05).

Ameliyat sırasında küçük komplikasyon 21 (%14.6) hastamızda gelişti. Bu hastalarımız içerisinde ameliyat anamnezi olan 9 (%15.5), anamnezi olmayan 12 (%13.04) olguda küçük komplikasyon görüldü ($X^2=2.762$, p>0.05). Ancak küçük komplikasyonlar ile geçirilmiş karın ameliyatının herhangi bir ilişkisinin olmadığı saptandı. (Tablo 2)

Olgularımızda ameliyat sırasında ciddi komplikasyon 2 (%0.8) olguda görüldü. Kontrol edilemeyen Sistik arter kanaması, pfannensteil insizyon skatrisi olan olgumuzda görülmesine karşın geçirilmiş ameliyat ile ilgisi yoktu. Sistik kanal yaralanması ise ameliyat hikayesi olmayan bir olgumuzda görüldü.

Serimizde çeşitli nedenlerden dolayı 11 olgumuzda (%4.4) açık yonteme geçtik. Açık yonteme geçtiğimiz olgularımızın içerisinde geçirilmiş karın ameliyatı olan 2 (%2.02) olgu vardı. Bu olgularımız içerisinde yalnızca bir olgumuzda önceden geçirilmiş ameliyatın yaratmış olduğu yapışıklıklar nedeni ile açık yonteme geçme gereksinimi duyuldu (%1.01). Ameliyat hikayesi olmayan 9 (%5.9) olguda açık yonteme geçildi. İki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Exact sig = 1, p>0.05). Açık yontem ile kolesistektomiye geçiş nedenleri ve geçirilmiş ka-

rın ameliyatı ile olan ilişkileri Tablo 3'de gösterildi.

Yaygın batın içi yapışıklık nedeni ile açığa geçtiğimiz iki olgumuzun birinde geçirilmiş cerrahi anamnez yoktu. İkinci olgumuzda ise geçirilmiş abdominal histerektomi ve ameliyat sonrası dönemde ciddi karın içi iltihaplanma öyküsü mevcuttu. Kontrol edilemeyen a. sistika kanaması nedeni ile açığa geçtiğimiz hastamızda ise Pfannensteil insizyon sikatrisi vardı. Olguların klinikte kalış süreleri ameliyat hikayesi olan grupta 24.24±7.9, hikayesi olmayan olgularda ise 25.67±9.68 saat olarak hesaplandı (t=1.115, p>0.05).

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektominin kullanıma girdiği ilk yıllarda belirlenen mutlak ve rölatif kontrendikasyon kriterlerinin birçoğu bugün için geçerli değildir. Önceleri mutlak kontrendikasyonlar içerisinde sayılan obezite ve geçirilmiş cerrahi girişim artık rölatif kontrendikasyonlar içerisinde sayılmaktadır (2, 3). Bazı yazarlar tarafından geçirilmiş karın ameliyatı, açık ameliyata geçiş ve morbiditeyi artırıcı bir faktör olarak tesbit edilmesine karşın (4, 5), bazı yazarlar tarafından ise herhangi bir olumsuzluk yaratmadığı belirtilmiştir (6, 9, 10, 11,12). Geçirilmiş karın ameliyatının laparoskopik kolesistektomi için belirtilen olumsuzlukları, körlemesine

yaşanan insüflasyon ve trokar yerleştirilmesi sırasında oluşabilecek organ yaralanmaları ve hepatobilier striktürlerin adezyonlar nedeni ile görüntülenmesindeki güçlüklerdir (10, 13, 14).

Bu hastalarda adezyonların oluşturacağı zorluklar Hasson trokarının açık yontemle yerleştirilmesi ve diğer trokarların direkt görüş altında sokulması ile engellenebileceği belirtilmektedir (3, 9, 14).

Tablo 2: Cerrahi küçük komplikasyon sayımız ve geçirilmiş karın ameliyatı ile ilgisi;

	n	Geçirilmiş cerrahi ile ilgisi
Kontrol edilebilir Sistik arter kanaması	3	Yok
Safra kesesi Perforasyonu	18	Yok

Tablo 3: Açık ameliyata geçiş nedenleri ve olgularla ilişkileri

Neden	n	Geçirilmiş cerrahi ile ilgisi
Sistik kanal yaralanması	1	Yok
Sistik arter kanaması	1	Yok
Batın içi yaygın yapışıklık	2	1 olguda var
Porselen safra kesesi	1	Yok
Callot üçgeninde kalınlaşma	4	Yok
Safra kesesi perforasyonuna bağlı plastron	1	Yok
Floating type safra kesesi	1	Yok

Bizim serimizde tüm hastalara Hasson trokarı açık yöntemle yerleştirilerek insüflasyon sağlandı. Olgularımızın hiçbirinde trokar yerleştirilmesi ve insüflasyonda zorlukla karşılaşılması.

Körlemesine insüflasyon yapılacaksa, alternatif yer olan sol üst kadrandan veya prelaparoskopik abdominal ekografi ile adezyonların tesbiti ve güvenli bölgeden trokar yerleştirip insüflasyon sağlanabileceği belirtilmiştir (9, 10, 13, 15). Bununla birlikte kolon, anevrizma rezeksiyonu veya gastrik girişim gibi büyük ameliyat geçiren kişilerde karına körleme giriş için emniyetli bir yer olmadığı ve hepatobiliar striktürlerin görünlütülenmesinin halen zor olduğu belirtilmekte ve bu hastalarda açık yöntemin kullanılması önerilmektedir (9, 13).

Ortalama operasyon süreleri, cerrahi küçük ve büyük komplikasyon oranları karşılaştırıldığı zaman bizim serimizdeki iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tesbit edilmedi. Bu bulgularımızı literatürle uyumluluk göstermektedir (10, 11).

Major komplikasyon iki olgumuzda gelişti. Bu olgularda açık yöntemle geçip kolesistektomi yaptık. Olgularımızdan biri daha önce abdominal operasyon geçirmişti. Pfannensteil izsiyon sikatrasi olan olgumuzda kontrol edilemeyen Sistik arter kanaması gelişti. Ancak geçirilmiş operasyonun bu komplikasyonun gelişmesi ile bir ilgisi yoktu.

Serimizde geçirilmiş karın ameliyatı ile konversiyon arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Yalnızca bir (%0.17) hastamızda geçirilmiş karın ameliyatının yapmış olduğu adezyonlar nedeni ile hepatobiliar striktürler izlenemediği için açık yöntemle geçildi. Bu olgumuzun da geçirilmiş karın ameliyatı sonrası dönemde peritonit anemnezi vardı. Literatür bigilerinde de geçirilmiş karın ameliyatının konversiyon oranını artırmadığı tesbit edilmiştir (4, 5, 8, 9, 10).

İki grup arasında klinikte kalış süreleri açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

SONUÇ

Bizim serimizde bu bulgular eşliğinde geçirilmiş karın ameliyatının laparoskopik kolesistektomi uygulanacak hastalarda herhangi bir

olumsuzluk yaratmadığını tesbit ettik.

KAYNAKLAR

- 1-Barkun JS, Barkun AN, Sawpali JS et al. Randomised controlled trial of laparoscopic versus mini-cholecystectomy. *Lancet* 1992; 340: 1116-9.
- 2-Bailey RW, Imbembo AL, Zucer KA. Establishment of laparoscopic cholecystectomy training program. *Am J Surg* 1991; 57: 231-6.
- 3-Alemdaroğlu K, Taşkın M, Apaydın B. Laparoskopik Cerrahi. TAŞ Med Sağlık Hizmetleri Ltd Şti 1995; 44-62.
- 4-Richard CF, John WR, Richard S et al. What are the contraindications to laparoscopic cholecystectomy? *J Laparoendosc Surg* 1994; 1: 31-5.
- 5-Yu SC, Chen SC, Wang SM et al. Is previous abdominal surgery a contraindication to laparoscopic cholecystectomy? *J Laparoendosc* 1993; 1: 49-53.
- 6-Jorgensen JO, Hunt DR. Laparoscopic cholecystectomy: A prospective analysis of the potential causes of failure. *Surg Laparoendosc* 1993; 1: 49-53.
- 7-Hasson HM. Modified instrument and method for laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 110: 886-7.
- 8-Gersin KS, Heniford BT, Arca MJ, Ponsky JL. Alternative site entry in patients with previous abdominal surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 1998; 8 (3): 125-30.
- 9-Fried GM, Barkun JS, Sigman HH et al. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1994; 167: 35-39.
- 10-Miller K, Hölbling N, Hutler J. Laparoscopic cholecystectomy for patients who have had previous abdominal surgery. *Surg Endosc* 1993; 7: 400-3.
- 11-Göğüş M, Büyükkeçe A, Aslan C, Aktan Ş. Geçirilmiş karın ameliyatı laparoskopik cerrahi için kontrendikasyon mudur? *End-Lap ve Min İnvaziv Cer* 1998; 1: 22-25.
- 12-Keskin A, Bostanoğlu S, Atalay F ve ark. Laparoskopik kolesistektomide laparotomiye konversiyon. *End. Lap. ve Min İnvaziv Cer* 1996; 3: 107-110.
- 13-Reddick EJ, Olsen D, Spaw A et al. Safe performance of difficult laparoscopic cholecystectomies. *Am J Surg* 1991; 161: 377-81.
- 14-Niebuhr H, Nahrstedt U, Rückert K, Hollmann S. Laparoscopic surgery. Mistakes and risks when the method is introduced. *Surg Endosc* 1993; 7: 412-5.
- 15-Borzellino G, De Manzoni G, Ricci F. Detection of abdominal adhesions in laparoscopic surgery. A controlled study of 130 cases. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8 (4): 273-6.

Alındığı Tarih: 30.01.2001

Yazışma adresi: Tanık İZBUL Ayaç Sok No 7 GİRNE-KKTC