

Geçirilmiş abdominal cerrahi laparoskopik cerrahi için kontrendikasyon mudur?

Mehmet ÖGÜŞ (*), Ayla BÜYÜKKEÇE (**), Cafer ASLAN (***), Şükrü AKTAN (****)

ÖZET

Amaç: Geçirilmiş abdominal cerrahinin laparoskopik cerrahi için bir olumsuzluk oluşturup oluşturmadığını araştırmak.

Yöntem: Temmuz 1993-Kasım 1997 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan olgular çalışmaya alındı. Bu olgular geçirilmiş abdominal cerrahisi olan ve olmayanlar olarak ayrıldı. Her iki grup operasyon süresi, peroperatif minör komplikasyonlar, postoperatif yatış süresi ve konversiyon oranları açısından retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 481 olgunun 118'inde geçirilmiş laparotomi vardı. Her iki grubun operasyon süreleri, peroperatif minör cerrahi komplikasyonlar ve postoperatif hastanede yatış süreleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Geçirilmiş laparotomisi olan grupta konversiyon oranı % 9.3, diğer grupta % 6.6 olarak hesaplandı. Yalnızca iki olguda konversiyon nedeni geçirilmiş abdominal cerrahi idi.

Sonuç: Bu sonuçlara göre geçirilmiş abdominal cerrahisi olanlarda da açık laparoskopik yöntemi kullanıldığı sürece laparoskopik cerrahinin güvenle kullanılabileceği kanısındayız.

Anahtar kelimeler: Geçirilmiş abdominal cerrahi, laparoskopik cerrahi

SUMMARY

Is previous abdominal surgery a contraindicated laparoscopic surgery?

Objective: Investigation of the previous abdominal surgery precludes laparoscopic surgery.

Methods: Between July 1993-November 1997, performed laparoscopic cholecystectomy cases were included in this retrospective study that were divided into two groups. The patients of first group had previous laparotomies. The cases of second group had no previous laparotomies. Both group compared to conversion rate, peroperative minor complications, operation times and postoperative hospitalization periods.

Results: Between July 1993-November 1997, 481 patients underwent laparoscopic cholecystectomy. Of the patients 118 had previous laparotomies. When we compared two groups we found no significant differences between operation times, peroperative minor complications and between postoperative hospitalization periods ($p>0.05$). Conversion rate was 9.3 % in patients with previous laparotomies and 6.6 % in patients with no previous laparotomies. Only in two patients the cause of conversion was previous laparotomies.

Conclusion: In conclusion we decided that laparoscopic surgery can safely be performed in patients with previous laparotomies by using open laparoscopy technique.

Key words: Previous abdominal surgery, laparoscopic surgery

GİRİŞ

Gelişimi ve ilk girişimler 1900'lü yılların başlarına dayanmakla birlikte 1980'li yıllarda ya-

pılan ilk laparoskopik kolesistektomi sonrasında 10 yıl kadar kısa bir süre içerisinde videoendoskopi alanında başdöndürücü bir ilerleme kaydedilmiştir.

Hemen hemen açık cerrahi ile yapılan tüm girişimler videoendoskopik olarak da yapılabilir hale gelmiştir. Aort cerrahisi, transplantasyon cerrahisi gibi alanlarda da videoendoskopik girişimler bildirilmesine karşın henüz bu alanda küçük klinik serilerin ötesine geçilememiştir.

(*) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

(**) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uz. Dr.

(***) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Araş. Gör.

(****) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

Ancak gastrik, biliyer, herni, üriner, torasik birçok girişim videoendoskopik olarak yaygın uygulanmaktadır. Safra kesesi ve safra yollarına ait patolojilerde ise artık çok yüksek klinik sayı ve deneyimlere ulaşılmıştır.

Videoendoskopik cerrahi safra kesesinin taş hastalığının cerrahi tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir (1).

Laparoskopik cerrahinin kontrendikasyonları konusunda ise halen farklı görüşler bulunmaktadır. Ciddi koagulopati, massiv abdominal distansiyon, kontrol edilemeyen hemorajik şok, ileri kardiyak disfonksiyon ve laparotomi gerektiren yandaş bir patolojinin varlığı kesin kontrendikasyonlar arasındadır (2). Abdominal sepsis ve peritonit, kolon kanserleri dışındaki maligniteler, ciddi kronik obstrüktif akciğer hastalığı, morbid obezite ve diafragma hernisi ise rölatif kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir (2).

Farklı görüşlerin ileri sürüldüğü bir başka rölatif kontrendikasyon ise geçirilmiş abdominal cerrahidir. Geçirilmiş abdominal cerrahi kimi yazarlar tarafından kontrendikasyon olarak değerlendirilmemekten kimileri tarafından videoendoskopik cerrahi için bir olumsuzluk olarak kabul edilmektedir (3,4).

Bizim çalışmamızda, geçirilmiş abdominal cerrahinin laparoskopik kolesistektomi uygulamasında olumsuzluk oluşturup oluşturmadığı retrospektif olarak araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Akdeniz ÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Temmuz 1993 ile Kasım 1997 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan tüm olgular çalışma kapsamına alındı.

Tüm olgulara standart 4 trokar tekniği ile laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Daha önceden abdominal cerrahi geçirmiş olan olgularda göbek altından açık laparoskopi yöntemi ile Hasson trokarı yerleştirilerek abdominal insuflasyon, geçirilmiş abdominal cerrahisi olmayan

diğer grup hastalara ise göbek altı Verres iğnesi ile insuflasyon yapılarak ilk trokar yerleştirildi.

Geçirilmiş abdominal cerrahisi olan grup ile daha önceden abdominal cerrahi uygulanmamış grup; konversiyon oranları, operasyon süresi, peroperatif komplikasyonlar ve postoperatif yatış süreleri açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Student-t testi ve iki yüzde arasındaki anlamlılık testleri kullanıldı.

BULGULAR

Temmuz 1993 ile Kasım 1997 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 365'i kadın, 116'sı erkek toplam 481 olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Olguların yaş ortalaması 47.6±12.7 yıl (15-76 yıl) idi. Olguların laparoskopik kolesistektomi endikasyonu 465 olguda semptomatik safra kesesi taş hastalığı, 16 olguda ise ultrasonografik olarak safra kesesinde saptanan polip idi.

Olguların 362'sinde (% 75.2) daha önceden geçirilmiş abdominal cerrahi yoktu. Kalan 118 (% 24.8) olguda ise önceden geçirilmiş abdominal cerrahi vardı. Abdominal cerrahi öyküsü olan olgulardan 113'ünde (% 95.8) göbeğe göre alt abdominal, 4'ünde (% 3.3) alt ve üst abdominal, 1 olguda ise (% 0.9) üst abdominal insizyon skarı vardı.

Geçirilmiş abdominal cerrahisi olan grupta laparoskopik kolesistektomi operasyonu süresi 79±31.6 dk (17-210 dk), cerrahi anamnezi olmayanlarda ise aynı süre 79±36 dk (15-240 dk) olarak hesaplandı (p>0.05). 481 olgunun 35'inde (% 7.27) değişik nedenlerle açık cerrahiye dönmek gerekti. Geçirilmiş abdominal cerrahisi olmayan 362 olgunun 25'inde (% 6.6) konversiyon uygulanırken, abdominal cerrahi anamnezli 118 olgunun 11'inde (% 9.3) konversiyon uygulandı (p<0.05).

Tablo 1. Geçirilmiş abdominal cerrahisi olan olgularda konversiyon nedenleri

| Neden | n | Konversiyon ile geçirilmiş cerrahinin ilişkisi |
|----------------------------|----|--|
| Sistik art. yaralanması | 3 | - |
| Anatomiye hakim olamama | 4 | - |
| Koledok yaralanması | 1 | - |
| Sigmoid seroza yaralanması | 1 | + |
| Ampiyemli kese | 1 | - |
| Abdominal adhezyon | 1 | + |
| Toplam | 11 | 2 |

Geçirilmiş abdominal cerrahili konversiyon uygulanan 11 olgunun 9'unda alt, 1'inde üst ve alt, 1'inde ise üst abdominal insizyon skarı vardı. Bu olgulardan 2'sinde (% 18.1) konversiyon nedeni daha önceden geçirdikleri cerrahi ile ilgili idi (Tablo 1).

Geçirilmiş abdominal cerrahisi olan 118 olgunun 37'sinde (% 31.3) kolay kontrol edilebilen kese yatağından kanama ve kese perforasyonu gibi peroperatif komplikasyonlar görülürken diğer gruptaki 111 olguda (% 30.6) minör komplikasyon geliştiği saptandı ($p>0.05$). Geçirilmiş abdominal cerrahisi olan grupta postoperatif yatış süresi 1.54 ± 1.04 gün (1-6 gün) iken diğer grupta aynı süre 1.47 ± 1.07 gün (0-7 gün) olarak hesaplandı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahinin gelişimi içerisinde kontrendikasyonları değişiklik göstermektedir. Örneğin ilk yıllarda kilo boy oranına göre fazla kilolu veya obes olgularda bu cerrahi kesin kontrendikasyonlar arasında sayılırken günümüzde rölatif kontrendikasyon olarak dahi kabul edilmemektedir (1,5,6). Benzer şekilde önceleri geçirilmiş abdominal cerrahi kesin kontrendikasyonlar içerisinde değerlendirilirken artık rölatif kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir. Kimi yazarlar tarafından geçirilmiş abdominal cerrahi morbiditeyi ve konversiyon oranını arttırıcı bir faktör olarak bulunmasına karşın (7,8,9) bazı çalışmalarda da konversiyon oranı ve morbidite üzerine etkisiz olduğu saptanmıştır (10,11,13).

Bizim serimizde, operasyon süresi açısından iki grup arasında istatistiksel anlamı olabilecek bir farklılık saptanmadı. Kese perforasyonu, kolay kontrol edilebilir kese yatağından kanama gibi minör komplikasyonlar açısından da geçirilmiş abdominal cerrahinin olumsuz bir etkisini gözlemlemedik.

Bir çalışmada, geçirilmiş abdominal cerrahinin özellikle alt abdominal cerrahinin konversiyon oranını ve morbiditeyi arttırdığından söz edilmektedir (8). Yine başka bir çalışmada ise, geçirilmiş abdominal cerrahisi olan olgularda Hasson trokarı ve açık laparoskopi yönteminin intraabdominal organ yaralanmasını önlemediği ileri sürülmektedir (13).

Bizim çalışmamızda, toplam konversiyon oranı % 7.27 bulunmuştur. Geçirilmiş abdominal cerrahisi olanlarda bu oranı % 9.3 diğer grupta ise % 6.6 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara göre geçirilmiş abdominal cerrahi olan olgularımızda konversiyon oranı istatistiksel anlamı olacak şekilde yüksektir. Ancak abdominal cerrahili konversiyon gerektiren olgulardaki konversiyon nedenleri gözönüne alındığında, 11 olgunun yalnızca ikisinde geçirilmiş abdominal cerrahi konversiyona neden olmuştur (Tablo 1).

Bu olgulardan sigmoid kolon seroza yaralanması nedeniyle konversiyon uyguladığımız olguda henüz eğitim aşamasında olduğumuz bir süreç içindeydik. Bu olguda alt abdominal insizyon skarı bulunmasına karşın açık laparoskopi yöntemini kullanmamıştır. Bu girişim bir cerrahi hata olarak değerlendirilebilir. Bu olgu gözardı edildiğinde 118 geçirilmiş laparotomili olgunun yalnızca birinde abdominal adhezyonlar nedeniyle açık cerrahiye dönülmüştür.

Bu veriye göre serimizde, geçirilmiş abdominal cerrahinin tek başına konversiyon oranını arttırmadığını düşünmek olasıdır. Her iki gruptaki hastanın postoperatif yatış sürelerinde de herhangi bir farklılık saptanmadı.

Bizim serimiz sonuçlarına göre, geçirilmiş abdominal cerrahisi olan olgularda da açık laparoskopi yöntemi kullanıldığı, ilk trokar girişimi

ve abdominal insuflasyon direkt gözlem altında yapıldığı sürece laparoskopik cerrahi-nin abdominal cerrahi geçirmemiş olgulardaki kadar güvenle uygulanabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. **Martin RE, Rossi L.** Bile duct injuries: Spectrum, mechanism of injury and their preventions. *Surg Clin North Am* 1994; 4:781-803.
2. **Brunt ML, Soper NJ.** Laparoscopic surgery. *Mingot's abdominal operations.* Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H (eds). Tenth edition. Appleton Lange A Simon, Schuster Company 1997; 239-85.
3. **Alponat A, Kum CK, Koh BC, Rajnakova A, Goh PM.** Predictive factors for conversion laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg* 1997; 6:629-33.
4. **Schirmer BD, Dix J, Schmiege RE, Aquilar M, Urch S.** The impact of previous abdominal surgery on outcome following laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1995; 10:1085-89.
5. **Hutchinson CH, Traverso LW, Lee FT.** Laparoscopic cholecystectomy. Do preoperative factors predict the need to convert to open? *Surg Endosc* 1994; 8:875-78.
6. **Philips EH, Carroll BJ, Fallas MJ, Pearlstein AR.** Comparison of laparoscopic cholecystectomy in obese and non-obese patients. *Am J Surg* 1994; 5:316-21.
7. **Yu SC, Chen SC, Wang SM, Wei TC.** Is previous abdominal surgery a contraindication to laparoscopic cholecystectomy? *J Laparoendosc Surg* 1994; 1:31-5.
8. **Jorgensen JO, Hunt DR.** Laparoscopic cholecystectomy: A prospective analysis of the potential causes of failure. *Surg Laparoendosc* 1993; 1:49-53.
9. **Soper NJ.** Effect of nonbiliary problems on laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993; 4:522-26.
10. **Sikora SS, Kumor A, Saxena R, Kapoor VK, Kaushik SP.** Laparoscopic cholecystectomy: Can conversion be predicted? *World J Surg* 1995; 6:858-60.
11. **Fried GM, Barkin JS, Sigman HH, Joseph L, Clas D, Garzon J, Hinchey EJ, Meakins JL.** Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1994; 1:35-9.
12. **Fisher KS, Matteson KM, Hammer MD.** Laparoscopic cholecystectomy; the Springfield experience. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3:199-203.
13. **Halpern NB.** The difficult laparoscopy. *Surg Clin North Am* 1996; 3:603-13.

Alındığı tarih: 23 Aralık 1997

Yazışma adresi: Y. Doç. Dr. Mehmet Ögüş, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya
