

Laparoskopik kolesistektomide ortaya çıkan komplikasyonların önlenmesi ve hemşirenin rolü

Deniz ŞELİMEN (*), Aysel GÜRKAN (**)

ÖZET

Abdominal bölgedeki laparoskopik girişimler günümüz modern cerrahisinde önemli bir yere gelmiş olmakla birlikte işlem sonrasında ortaya çıkan komplikasyonlar da azımsanmayacak kadar çoktur. Laparoskopik kolesistektomi sonrası tromboembolik hastalıklar, işlem sırasında safra sızıntıları, taşların kaybedilmesi ya da periton içine düşmesi iyatrojenik perforasyonlar, safra yolları yaralanmaları gibi komplikasyonlara sıklıkla rastlanmaktadır. Bu işlem sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları en aza indirmede ve başarı insidansını yükseltmede dikkatli bir girişim ve alınacak önlemlerin rolü büyüktür. Bu nedenle laparoskopik cerrahi ekibi üyelerinin ve ekip üyelerinden biri olan hemşirenin bu konuda eğitim, deneyim ve beceri sahibi olması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, komplikasyon, hemşire

SUMMARY

To prevent the complications which occurs in laparoscopic cholecystectomy and nursing role

In spite of laparoscopic procedures in the abdominal area come to important position in nowadays surgery: the amount of complications which occur during this process is very high. After laparoscopic cholecystectomy, thromboembolic diseases, bile leaking during operation, loosening of stones or falling of them into peritoneal cavity, iatrogenic perforation, damage to bile duct are seen frequently. To reduce the complications which occurs during or after this process: carefull interference and taking of measures are important. For this reason, laparoscopic surgery team and nurse who is a part of this team, to be necessary have education, experience and skill in this subject.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, complications, nurse

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektominin uygulanmaya başlaması, semptomatik safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisinde gerçek bir "devrim"e neden olmuştur. Bu yeni teknik açık kolesistektomiye oranla daha küçük bir travmadır ⁽¹⁾.

Laparoskopik kolesistektomi klasik açık kolesistektomi ile karşılaştırıldığında; erken postoperatif iyileşme, hastanede kalış süresinin kısalması, postoperatif ağrının az olması, yüzeyel

deri insizyonlarının daha küçük olması nedeniyle, fiziksel aktiviteye dönüşün hızlı olması ve estetik yönden daha çok kabul görmesi gibi birçok avantajı söz konusudur ⁽¹⁾.

Dr. Mouret'in ilk kez 1987 yılında laparoskopik kolesistektomiye gerçekleştirmesi ile yukarıda belirtilen özelliklerden dolayı işlem dünya çapında hem cerrahlar hem de hastalar tarafından çok hızlı bir şekilde kabul görmüştür. Bunun sonucu olarak da safra kesesinin semptomatik hastalıklarının cerrahi tedavisinde açık kolesistektomi ikinci tercih haline gelmeye başlamıştır ⁽¹⁾.

Ancak bütün bu olumlu faktörlerin yanısıra, laparoskopik kolesistektominin genel anestezi ge-

(* Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı, Doç. Dr.

(** Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğr. Gör.

rektirmesi, kanamayı kontrol etmenin daha güç olması, inflamasyon ve yapışıklıkların işlemleri güçleştirmesi ve sınırlaması, antegrad olarak kesenin çıkarılmasının güçlüğü, koledok yaralanması insidansının daha fazla olması, pahalı ve teknolojik yönden çok ileri düzeyde aletlerin kullanılmasının zorunluluğu gibi birçok dezavantajlar da karşımıza çıkmaktadır (2).

Laparoskopik kolesistektomiye bağlı olarak saydığımız bu olumsuz faktörler laparoskopik sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek birçok komplikasyonu beraberinde getirmektedir. Bu komplikasyonlar laparoskopik işleme bağlı olduğu kadar kolesistektomiye bağlı olarak da gelişebilir.

Laparoskopik komplikasyonlara bakıldığında:

a) Pnömooperitüan komplikasyonlar; gaz embolisi, vagal reaksiyon, ventriküler aritmiler, hiperkapni ve asidoz,

b) Batın duvarına sokulan aletlerle gelişen sekonder komplikasyonlar, trokar sokulması sırasında mesane, aorta, iliak arter, vena kava yaralanması, barsak veya kese perforasyonu, abdominal duvar yaralanmaları veya yara enfeksiyonu (2).

Safra kesesinin çıkarılmasına bağlı komplikasyonlar açık kolesistektomi komplikasyonlarıyla benzerlik göstermektedir. Bunlar; safra kanalı yaralanması, safra sızıntıları, safra yollarında taş kalması, enfeksiyon ve kanamadır (2).

Bu komplikasyonları her iki açıdan ele aldığımızda ise bunların deneyim azlığına, yapışıklıklara bağlı diseksiyon güçlüğüne, ameliyat sahasının uygun olmayan ekspozisyonuna, safra kesesi ve karaciğerin uygunsuz traksiyonuna ve buna bağlı olarak görülen koledok distorsiyonu ve yetersiz görüntü ile derinlik algılamasının bozulmasına bağlı olarak geliştikleri görülmektedir (2).

Laparoskopik kolesistektomi ile geleneksel açık kolesistektomi karşılaştırıldığında mortalite ve morbiditenin eşit olduğu görülür. Buna rağmen

laparoskopik kolesistektomi sonrası bilier yaralanma insidansının daha yüksek olduğu açıkça belirlenmiştir. Bu fark teknikten çok operatörün eğitim veya deneyimi ile ilgilidir. Yeterli bir eğitimin sağlanması için; alet ve teknikle ilgili temel bilgi, eğitmen bir cerrahın gözlenmesi ve deneyimli bir ekiple çalışmanın gerekliliği söz konusudur (1,2).

Laparoskopik kolesistektomi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları minimuma indirmede dikkatli bir girişim ve alınacak önlemlerin rolü büyüktür. Bu nedenle laparoskopik cerrahi ekibi üyelerinin ve ekip üyelerinden biri olan hemşirenin de bu konuda eğitim, deneyim ve beceri sahibi olması, işlem sırası ve sonrasında ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirmede ve başarı insidansını yükseltmede önemli bir rol oynayacaktır. Ayrıca bütüncül bir yaklaşım ve ekip anlayışı da bu konudaki başarıyı olumlu yönde etkileyen önemli faktörlerdendir.

Bütüncül yaklaşımdan antatılmak istenen işlemin her aşamasında bilgi içeriği, deneyim, dikkat ve özenin tam bir ekip anlayışı içinde, bireyi her yönüyle ele alarak uygulamasıdır. Bu yaklaşımın işlemin yapıldığı ortam yani ameliyathaneden başlayarak işlem sonrası serviste ve taburculuk sonrası evde devam etmesi halinde mortalite ve morbidite oranında azalma kaydedilmesi söz konusu olacaktır (1,2,3).

Laparoskopik işlem sırasında aletlerle ilgili ortaya çıkabilecek sorunlar ve bu sorunların yaratabileceği komplikasyonları önlemek için ameliyathane hemşiresi ve ekibin diğer üyeleri işleme başlamadan önce tüm aletleri gözden geçirmelidir. Teleskop ve ışık kablolarında yanlış kullanım sonucu lens çatlaması ve fiberoptik kablolarda kırık olasılığı açısından periyodik olarak kontrollerin yapılması önemlidir.

Laparoskopik işlem sırasında gerekli araç ve gerecin bulunamamasına bağlı olarak işlemin yapılmaması veya gecikmesini önlemede denetimin önceden yapılmasında hemşirenin önemli bir rolü vardır (1,3).

Postoperatif dönemdeki önemli komplikasyonlardan biri de enfeksiyondur. Laparoskopik cerrahinin büyük bir hızla ilerlemesine bağlı olarak, tedavi amaçlı ameliyatların da laparoskopik olarak uygulanması nedeniyle safra kanalının açılması veya barsak rezeksiyonları ve anastomozlarının yapılması doğal olarak aletlerin daha fazla kontaminasyonuna yol açmaktadır. Sterilizasyon yerine dezenfeksiyon uygulanmış bu aletlerin tekrar kullanımına bağlı olarak infeksiyöz komplikasyonların görülme sıklığı artabilir.

Bu açıdan ameliyathane hemşiresinin kullanılan dezenfeksiyon solüsyonlarını doğru konsantrasyonda, doğru zaman süresinde ve solüsyonu etkin dayanma süresinde kullanması gerekir. Aynı zamanda tercih edilen solüsyonun veya yöntemin etkinliğinin saptanması için test kitlerinin belirli aralıklarla tekrarlanması gerekir. Ameliyat esnasında ise steril olmayan bir ekiple temas riskini azaltmak, sık sık eldiven değişimi sağlamak bakteriyel kontaminasyonu minimuma indirmede önemli rol oynayacaktır (1,2,3).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası postoperatif dönemde hastalarda görülen en yaygın şikayetlerden biri omuz ağrısıdır. Bu şikayete ameliyat sırasında diyafragmanın karbondioksit irritasyonu neden olduğu kadar, yanlış pozisyon verme veya uzun süreli Trendelenburg pozisyonunda kalma da neden olabilmektedir. Laparoskop veya diğer aletler üst ekstremitelere uzun süre bastırılmış kalacaksa bunların uygun şekilde yumuşak destekleyicilerle desteklenmesi postoperatif dönemde hastanın bu şikayetini azaltmada rol oynayacaktır (1,2,3).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası genelde hasta ayılma odasından ayrılmadan önce NG tüp ve üriner kateter çıkarılır. Operasyon sonrası servise kabul edilen hastaların büyük bir çoğunluğu trokar yerine bağlı ağrı, anestetik ajan veya narkotik analjeziklerden kaynaklanan bulantı, diyafragmanın karbondioksit irritasyonu sonucu veya yanlış pozisyon/uzun süreli Trendelenburg pozisyona bağlı omuz ağrısı, intübasyon sonucu boğaz yanmasından şikayet

ettikleri görülmektedir. Oral analjezik, antiinflamatuvar, antiemetikler vs. ile bu şikayetler kolayca kontrol altına alınabilmekte ve hastaların büyük bir kısmı operasyon akşamı veya ertesi gün taburcu edilmektedir. Genellikle hastaların 48 ile 72 saat içinde aktivitelerinin arttığı ve çoğunun bir hafta içinde normal aktiviteye döndüğü düşünülmektedir (2,3,4).

Postoperatif ağrı genelde 24-48 saat içinde geçmektedir. Ağrının hafiflememesi cerrahi üriner veya gastrointestinal bir komplikasyon yönünden uyarıcıdır. Laparoskopik işlem sonrası inguinal herni oluştuğunu bildiren çalışmalar söz konusudur. Laparoskopik işlem sırasında böyle bir hernide barsakların boğulması şiddetli ağrılara ve 24 saat içinde barsak tıkanıklığı belirtilerine neden olmaktadır. Laparoskopik işlem sonrası da ağrı, bulantı ve kusmanın şiddetinin artması ayırıcı tanının bir parçası olduğundan hemşirenin hastayı bu semptomlar açısından dikkatli bir şekilde gözlemesi ve rapor etmesi erken girişim için büyük önem taşımaktadır (1,5).

Ayrıca açık kolesistektomiye oranla, laparoskopik bilier cerrahi uygulamalarında tüm komplikasyonlar arasında safra sızıntısı ve iyatrojenik yaralanmaların daha çok olduğu görülmektedir. Laparoskopik kolesistektomi sırasında bilier yaralanmaların çoğu belirlenememektedir. Bu yüzden postoperatif dönemde semptomların erken farkına varılması son derece önemli olduğundan hasta dikkatle gözlenmelidir. Bazen semptomlar son derece belirsiz ve nonspesifik olabilir. Postoperatif birinci gün hasta kendini iyi hissetmiyorsa, abdominal rahatsızlık ve bulantı varsa, iştahı yoksa ve mobilizasyonda güçlük çekiyorsa komplikasyon olasılığından şüphe edilmelidir.

Bu semptomlara abdominal distansiyon, düşük derece ateş veya lökositöz eşlik ediyorsa safra sızıntısının olup olmadığının araştırılması için durumu tanılayıcı testlere gereksinim vardır. Aksi halde safra peritoniti gibi çok ciddi komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (1,5).

Cerrahi hastalarda sık görülen komplikasyonlardan biri de postoperatif tromboembolik hastalıklardır. Laparoskopik abdominal cerrahinin postoperatif tromboembolik hastalıklar için düşük bir risk oluşturduğu düşünülmektedir.

Bununla birlikte Mayol ve ark. çalışma ve literatür incelemelerinde; ameliyat sırasında ters Trendelenburg pozisyon, intraabdominal basınç artması, genel anestezi (bunların tümü venöz stazı artırır) laparoskopik sürece bağlı bazı özellikler ile ameliyat süresini uzatan teknik güçlükler, şişmanlık veya koledokolyazisin venöz tromboz riskini arttırdığını saptamış ve laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçiren hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli gelişme riskinin yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Ayrıca Caprini ve ark. çalışmalarında teknik problemlerle ilgili olmayan ölümlerin büyük bir kısmının kardiyovasküler problemlerle ilgili olduğunu, laparoskopik kolesistektomi sonrası meydana gelen tromboembolizm yüzünden mortalite sayısında artış olduğunu belirtmişlerdir (6,7).

Yine ameliyat sırasındaki elektrokoter hatalarının çoğu geç postoperatif perforasyon semptomları ile gözlenmektedir. Abdominal ağrı, iştahsızlık veya postoperatif 2-3. günde ateş olur. Peritonit belirgindir ve acil eksplorasyon gerektirir (2).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası ortaya çıkan postoperatif geç komplikasyonlar hasta hastaneden erken taburcu edildiği için gözlenmemekte ve taburculuk sonrası günlerde bu

komplikasyonlar yüzünden hastaların tekrar kliniğe başvurdukları görülmektedir. Bu yüzden hemşirelere düşen görevlerden biri de taburculuk döneminde olası komplikasyonların belirtiler açısından hasta ve ailelerini eğitmek, bu belirtilerden herhangi biri sözkonusu olduğunda geç kalmadan işlemin yapıldığı kliniğe başvurmaları konusunda bilgilendirmektir.

Bu eğitim, olası postoperatif geç komplikasyonların erken tanısı ve tedavisinde önemli rol oynayacak ve laparoskopik kolesistektomiye bağlı gelişen mortalite ve morbidite insidansını düşürecektir. Ancak hasta ve ailesine komplikasyonlara ilişkin belirti ve bulguları açıklayabilmesi hemşirelerin bu konuda iyi bir eğitimden geçmiş olmaları ve ekip içinde hastaya yönelik eğitici rolü üstlenmeleri ile sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. **Bezzi M, Silecchia G, Orsi F, et al.** Complications after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1995; 1:741-7.
2. **Alemdaroğlu K, Taşkın M, Apaydın B.** Laparoskopik cerrahi. İÜ Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul 1995.
3. **Zucker AK.** Surgical laparoscopy. Quality Medical Publishing Inc, St. Louis 1991.
4. **Ure BM, Troidl H, Spangenberg W, Dietrich A, Lefering R, Neugebauer E.** Pain after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1994; 2:90-6.
5. **Berci G.** Complications of laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 1994; 3:165-6.
6. **Mayol J, Vincent HE, Sarmiento JM, Oshiro EO, Diaz GJ, Tamayo FJ.** Pulmoner embolism following laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1994; 3:214-7.
7. **Caprini JA, Arcelus JI.** Prevention of postoperative venous thromboembolism following laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1994; 3:741-7.

Alındığı tarih: 22 Temmuz 1997

Yazışma adresi: Doç. Dr. Deniz Şelimen, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Altunizade-İstanbul
