

Laparoskopik kolesistektomi sonrası karın duvarında kitle oluşumu

Akın TARIM (*), Süleyman GÖKDUMAN (**), Mahmut C. YAĞMURDUR (*),
Burhan KABAY (**), Mustafa HASBAHÇECİ (**), Ömer ARAN (***)

ÖZET

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi sonrası karın içerisine dökülen safra taşlarının neden olduğu komplikasyonları incelemek.

Yöntem Kolelitiazis tanısıyla laparoskopik kolesistektomi yapılan ve üç ay sonra karın duvarında kitle şikayeti ile başvuran bir hasta vaka takdimi ile sunuldu ve karın içerisinde kalan safra taşlarının yol açtığı komplikasyonlar tartışıldı.

Bulgular: Laparoskopik kolesistektomi sonrası karın duvarında kitle şikayeti ile başvuran hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde karın ön duvarında komşu yumuşak doku ve kas yapılarından net olarak ayrılamayan malign görünümde solit kitle rapor edildi. Hasta karın duvarında kitle tanısıyla ameliyata alındı. Eksplorasyonda kitlenin daha önceki laparoskopik kolesistektomi sırasında karın duvarında kalan safra taşlarına bağlı geliştiği görüldü. Debritleme ve drenaj sonrası ameliyat sonlandırıldı.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi sırasında karın içerisine dökülen taşlar önceleri zararsız olarak kabul edilmişse de son yıllarda safra taşlarının yol açtığı değişik komplikasyonlar bildirilmekte, karın içerisine dökülmüş taşların çıkarılması için elden gelen gayretin gösterilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, safra taşları, komplikasyon

SUMMARY

Abdominal wall mass formation following laparoscopic cholecystectomy

Objective: To investigate the complications caused by gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy.

Methods: We report one case who presented with a mass in his left upper quadrant three months later laparoscopic cholecystectomy. Complications caused by gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy are discussed.

Results: Laparoscopic cholecystectomy was performed in a 55-year old man. Three months later, the patient was readmitted to our hospital. In computerised tomography, at the left side of umbilicus there was a solid mass infiltrated to anterior wall of abdomen and malignant in appearance. This patient was operated with the diagnosis of abdominal wall mass of unknown etiology. At exploration, there was not any intraabdominal pathology. Whenever the peritonea below the mass was opened, multiple stones localised in centre of mass and intensive fibrous tissue were seen. After clearance of these gallstones and debridement of necrotic tissue the operation was terminated.

Conclusion: Although retained gallstones during laparoscopic cholecystectomy have previously been thought to be harmless, every effort should be made to retrieve all the spilled gallstones from the abdominal cavity.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, gallstones, complication

GİRİŞ

Semptomatik safra taşlarının tedavisinde laparoskopik kolesistektomi günümüzde "altın standart" olarak kabul edilmektedir⁽¹⁾. Her-

nekadar düşük mortalite ve morbiditelerin bildirildiği büyük klinik seriler yayınlanmış olsa da laparoskopik kolesistektomi sırasında karına düşen safra taşlarının sonuçları konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Birçok cerrah laparoskopik kolesistektomi sırasında karın içine safra taşları döküldüğünde açık kolesistektomiye dönmekte, çıkarılamayan taşların karın içerisinde bırakmayı tercih etmektedir.

(*) Hacettepe Üniv. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uz. Dr.
(**) Hacettepe Üniv. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Araş. Gör.
(***) Hacettepe Üniv. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Prof. Dr.

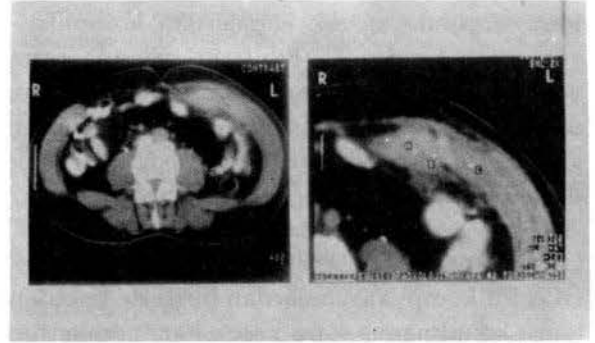
OLGU BİLDİRİSİ

Ellibeş yaşında erkek hasta, bir aydır karnında sağ üst kadranda aralıklı olarak hissettiği, son iki gündür de şikayetinin arttığını söylediği ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan abdominal ultrasonografi de safra kesesinin hidropik ve duvar kalınlığının artmış olduğu, içerisinde çok sayıda milimetrik taş bulunduğu görüldü. Hastaya akut kolesistit tanısıyla laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Ameliyat sırasında safra kesesi perforate oldu. Safra kesesi umblikal insizyondan çıkarılırken birçok taş periton boşluğuna ve preperitoneal aralığa döküldü. Bu taşların bir kısmı görülebildiği kadar aspire edilerek çıkarıldı ve umblikal insizyon irrigate edildikten sonra kapatıldı. Ameliyat sonrası erken dönemde hastada karın bölgesinde gelişen subdermal amfizem ve distansiyon bir hafta içinde geriledi ve hasta taburcu edildi.

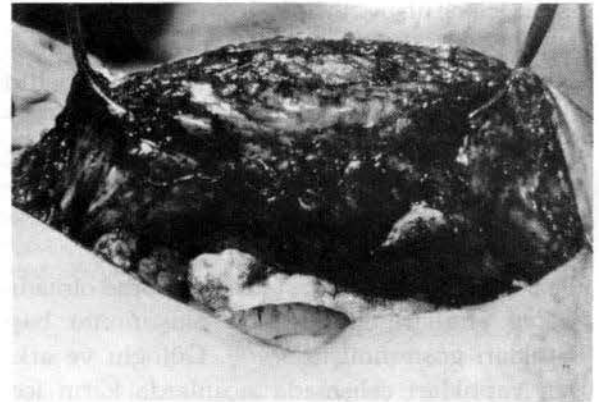
Üç ay sonra hasta karnında sol üst kadranda farkettiği ve boyutlarının zamanla büyüdüğünü söylediği kitle şikayeti ile bölümümüze başvurdu. Hikayesinde tarif edilen bölgede ağrı ve gerginlik hissi dışında şikayeti yoktu. Fizik muayenesinde umblikustan başlayıp sola ve sol alt karın bölgesine doğru uzanan 10x10 cm boyutlarında sert, hareketsiz ve hassas bir kitle ele gelmekteydi. Ultrasonografide kitlenin bilobüle, hipoeoik, çevresi ödemli ve solit karakterde, ciltaltı yağ ve kas dokusundan ayrımının yapılamadığı, posteriorda kitlenin peritonla devamlılığının değerlendirilemediği, Doppler ultrasonografide kitlenin belirgin vaskülerizasyona sahip olduğu rapor edildi.

Bilgisayarlı tomografide umblikus düzeyinde solda intestinal yapılardan ayrı, karın ön duvarına infiltrate, komşu yumuşak doku ve kas yapılardan sınırları net olarak ayrılamayan malign görünümde solit kitle rapor edildi (Şekil 1).

Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda eritrositler, az sayıda ihtihap hücreleri görüldü. Hasta karın duvarında kitle tanısıyla ameliyata alındı. Eksplorasyonda karın içerisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Kitle altındaki periton açıldığında kitlenin mer-



Şekil 1. Karın ön duvarındaki kitlenin bilgisayarlı tomografideki görüntüsü.



Şekil 2. Ameliyatta kitle altındaki periton açıldığında, safra taşlarının ve etraftaki fibrotik dokuların görünümü.

kezinde çok sayıda safra taşının bulunduğu, çevrede ise yoğun bir fibröz dokunun geliştiği görüldü (Şekil 2). Safra taşları ve nekrotik dokular temizlendikten sonra çevre fibröz dokudan biyopsi alındı ve ameliyat sonlandırıldı. Patolojik inceleme sonucu aktif kronik inflamasyon ve fibrozis olarak rapor edildi. Postoperatif komplikasyonu olmayan hasta 7. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektominin sağladığı avantajlar bu tekniğin yaygın olarak kullanımına ve popülerite kazanmasına yol açmıştır (2). Her ne kadar laparoskopik kolesistektomiye bağlı majör komplikasyonlar seyrek olarak görülse de son yıllarda daha önce rapor edilmeyen değişik komplikasyonlar yayınlanmaya başlamıştır. Safra kesesi perforasyonu ve safra taşlarının karın içine yayılması laparoskopik kolesistek-

tomi sırasında en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biridir (3). Bunların yanında safra yollarında taş bırakılması, yara infeksiyonu, safra yolları yaralanması ve/veya safra kaçağı, kanama, damar ve barsak yaralanmaları bildirilen komplikasyonlar arasındadır (4-8).

Laparoskopik kolesistektomi sonrası görülen en ciddi komplikasyonlardan birisi de önceden tanısı konulmamış safra kesesi karsinomlarının trokar giriş yerlerine olan implantasyonlarıdır (9-11). Laparoskopik kolesistektomi sırasında safra kesesi perforasyonu ve safra taşlarının karın içine düşme insidansı % 30'lara ulaşmaktadır (3). Ağalar ve ark.'nın 500 vakalık laparoskopik kolesistektomi serisinde bu oran % 10.4 düzeyinde gerçekleşmiştir (12). İnsan safra taşlarını ratların karın boşluğuna implante ederek yapılan çalışmalarda görüş birliği sağlanamıştır.

Bazı çalışmalarda bu taşların reabsorbe olmadığı ve etraflarında adezyon oluşumunu başlattıkları gösterilmiştir (13,14). Güloğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada sıçanlarda karın içine yerleştirilen safra taşlarının enfeksiyona yol açmadığı ancak karın içi yapışıklıklar oluşturduğu gözlenmiştir (23). Buna karşın Cline ve ark.'nın yaptığı bir diğer çalışmada karın içine yerleştirilen safra taşlarının 8 haftalık bekleme süresi sonunda adezyon oluşumunu arttırmadıkları bildirilmiştir (15). Klinik çalışmalarda laparoskopik kolesistektomi sırasında karın içine dökülen safra taşları ve safranin intraabdominal enfeksiyonlara yol açmadığı, buna karşın akut kolesistit varlığında dökülen safra taşlarının enfeksiyon riskini arttırdığı gösterilmiştir (16).

Daziel ve ark.'nın 77000'den fazla laparoskopik kolesistektomiyi kapsayan geniş serisinde üç vakada karın içerisinde kalan safra taşlarına bağlı intraperitoneal abse geliştiği bildirilmiştir (17). Bir diğer çalışmada dökülen safra taşlarının karın içerisinde inflamatuvar kitle oluşumuna neden olduğu bildirilmiştir (18). Bir seride de sol iliak fossada bırakılan safra taşının sigmoid kolonda erozyona yol açtığı bildirilmiştir (19,20). Bour ve ark. safra kesesi çıkarılırken perforo ol-

duğu bir vakada, preperitoneal aralığa düşen safra taşlarının umblikal sinüs oluşumuna yol açtığını bildirmişlerdir (21).

Kolelitiazis nedeniyle ameliyat ettiğimiz yukarıdaki vakada teknik zorluklar nedeniyle laparoskopik kolesistektomi sırasında safra kesesi perforo olmuş, kese subumblikal insizyondan çıkarılırken çok sayıda safra taşı karın içine düşmüştür. Bu taşların safra kültüründe üreme olmasa da inflamatuvar bir cevabı başlatabilecekleri gösterilmiştir (22). Safra kesesi perforo olduğunda kese duvarındaki defekt daha ileri kontaminasyonu önlemek için mümkünse kliplere kapatılmalı, karın içine dökülen safra taşlarının dışarı alınması için elden gelince gayret sarfedilmelidir.

Bu durum özellikle akut kolesistit varlığında önem kazanmaktadır. Dökülen safra taşları plastik bir torba içine toplanıp umblikal insizyondan çıkarılabilir. Küçük safra taşları bu amaçla dizayn edilmiş geniş aspiratörler aracılığı ile çıkartılabilir. Ayrıca ameliyat notunda da safra taşlarının karın içine düştüğü belirtilmelidir.

Laparoskopik kolesistektomiden aylar sonra belirsiz abdominal şikayetler ile başvuran hastalarda safra taşlarına bağlı komplikasyonlar akılda tutulmalıdır. Safra taşlarına bağlı abse ya da inflamatuvar kitleler gerekirse çekilecek abdominal BT ile araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, et al. Laparoscopic cholecystectomy: the new gold standard. Arch Surg 1992; 127:917-23.
2. Macintyre IMC, Wilson RG. Laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1993; 80:552-9.
3. Lillemoe KD, Yeo CJ, Talamini MA, et al. Selective cholangiography: current role in laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg 1992; 215:669-76.
4. Wetscher G, Schwab G, Fend F, et al. Subcutaneous abscess due to gallstone lost during laparoscopic cholecystectomy. Endoscopy 1994; 26:324-5.
5. Sax HC, Adams JT. The rate of the spilled gallstone. Arch Surg 1993; 128.
6. Leslie KA, Rankin R, Duff JH. Lost gallstones during subcutaneous abscess due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy: Are they really benign? JCC 1994; 3:240-2.

7. Neumeyer DA, Cicero JL, Pinkston P. Complex pleural effusion associated with a subphrenic gallstone phlegmon following laparoscopic cholecystectomy. *Chest* 1996; 1:284-6.
8. Russell JC, Walsh SJ, Mattie AS, Lynch JT. Bile duct injuries, 1989-1993. A statewide experience. *Arch Surg* 1996; 131:382-8.
9. Yamaguchi K, Chijiwa K, Ichimiya H, et al. Gallbladder carcinoma in the era of laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1996; 131:981-4.
10. Nduka CC, Monson JRT, Gow NM, Darzi A. Abdominal wall metastases following laparoscopy. *Br J Surg* 1994; 81:648-52.
11. Slim K, Pezet D, Clark E, Chipponi J. Malignant tumors missed at laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1996; 171:364-5.
12. Ağalar F, Özdemir A, Sayek İ ve ark. Laparoskopik kolesistektomi: 500 olgunun incelenmesi-Hacettepe deneyimi. *End Lap ve Min İnvz Cer* 1996; 2:100-6.
13. Ponce J, Cuthall KE, Hodge MJ, Browder W. The lost laparoscopic stone; potential for long-term complications. *Arch Surg* 1995; 130:666-8.
14. Johnston S, Malley K, McEntee G, et al. The need to retrieve the dropped stone during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1994; 167:608-10.
15. Cline RW, Poulos E, Clifford EJ. An assessment of potential complications caused by intraperitoneal gallstones. *Am Surg* 1994; 60:303-5.
16. Soper NJ, Brunt LM, Kerbl K. Laparoscopic general surgery. *N Engl J Med* 1994; 330:409-19-69.
17. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, et al. Late complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and analysis of 77 604 cases. *Am J Surg* 1993; 165:9-14.
18. Van Brunt PH, Lanzafame RJ. Subhepatic inflammatory mass after laparoscopic cholecystectomy: a delayed complication of spilled gallstones. *Arch Surg* 1994; 129:882-3.
19. Kakani PR, Bhullar IS. Complications of spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Contemp Surg* 1993; 43:357-61.
20. Nicholai P, Foley RJ. Complications of spilled gallstones. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2:362-3.
21. Bour ES, Gifford RRM. Gallstone umbilical sinus tract formation following laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1995; 130:1007-8.
22. Van Brunt PH, Lanzafame RJ. Subhepatic inflammatory mass after laparoscopic cholecystectomy: a delayed complication of spilled gallstones. *Arch Surg* 1994; 129:882-3.
23. Güloğlu R, Mihmanlı M, Arıcı C, Yol S, Yamaner S, Ertekin C. Safra taşlarının karın içi yapışıklık gelişimine katkısı var mıdır? *Ulusal Cer Derg* 1997; 3:173-77.

Alındığı tarih: 11 Kasım 1997

Yazışma adresi: Dr. Süleyman Gökdoğan, Y. Ziraat Mah.
14. Sokak, No:13/7 06110 Dışkapı-Ankara
