

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN PEROPERATİF KOMPLİKASYONLARININ TEDAVİSİNDE MİNİ- LAPAROTOMİK GİRİŞİM

MINILAPAROTOMY IN THE TREATMENT OF INTRAOPERATIVE
COMPLIATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Bahattin CANBEYLİ
Muharrem KARAOĞLAN
Nejat AKYILDIZ
Yahya ÇAPKIS
Haydar ŞİMŞEK
Mahmut EKEN

SUMMARY

121 laparoscopic cholecystectomies performed in our clinic between Oct. 1992- Jan 1993 . Laparoscopic cholecystectomy was converted to open cholecystectomy in 6 (4.9 %) cases. Reasons for open cholecystectomy were uncontrollable bleeding in 3 cases, duodenal injury in one case, duodenal fistulization of gallbladder in one case and anomaly of cystic artery in one case. We performed classical laparotomy in 2 cases and transrectal mini- laparotomy (3- 5 cm) in 4 cases. Although hospitalization period was 6 and 7 days in classical laparotomy cases, it was 2 days in mini- laparotomy cases. Return to active life was 20 days in mini- laparotomy cases while it was 30 days in the cases performed classical laparotomy.

In conclusion, mini- laparotomic approach can be preferred for treatment of complications during laparoscopic cholecystectomy because of similar advantages.

(Key Words: Complications, Video- laparoscopy)

ÖZET

Ekim 1992- Ocak 1993 yılları arasındaki kliniğimizde uygulanan 121 laparoskopik kolesistektomi olgusu içerisinde 6(%4. 9) olguda açık kolesistektomiye geçildi. Nedenler 3 olguda kontrol edilemeyen hemoraji, 1 olguda duodenum yaralanması, 1 olguda duodenuma fistülize taşlı kese, 1 olguda da sistik arter anomalisi idi. Açık kolesistektomi için iki olguda klasik laparotomik yaklaşım; 4 olguda transrektal mini- laparotomik yaklaşım uygulandı. Ameliyat sonrası hastane kalış süresi; klasik laparotomi uygulanan olgularda 6 ve 7 gün olmasına karşın mini- laparotomi uygulanan olgularda 2 gündü. Aktif hayata dönüş ise mini- laparotomi uygulanan olgularda 20 gün, Klasik laparotomi olgularında ise 30 gündü.

Sonuçta laparoskopik kolesistektomi sırasında açık kolesistektomiye gerektiren bazı peroperatuar komplikasyonların tedavisi için laparoskopik kolesistektomiye yakın avantajların nede- niyle mini- laparotomik girişim tercih edilebilir.

(Anahtar Sözcükler: Komplikasyonlar, video- laparaskopi)

SSK Tepecik Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği 35120 İZMİR
(Doç.Dr. B Canbeyli, Klinik Şefi, Op Dr. M Karaoğlan, Başasistan,
Op.Dr. N Akyıldız, Op.Dr. Y Çapkis, Op.Dr. H Şimşek, Dr.M Eken)

Yazışma: Doç.Dr. B Canbeyli

Laparoskopik kolesistektomi daha geniş ölçüde kullanıldıkça, komplikasyon spektrumu da genişlemektedir. Bunlar majör ve minör olarak ikiye ayrılmaktadırlar. Minör komplikasyonları: Kostokondritler, idrar yolu enfeksiyonları, ile us, trokar yeri enfeksiyonu, ateş, idrar retansiyonu, rektus hematomu, derin ven trombozu, pulmoner enfeksiyonlar oluşturmakta iken majör komplikasyonları: Bırakılmış koledok taşı, koledok yaranlanması, sistik kanal nekrozu, safra sızıntısı, kanama, ince barsak yaranlanması oluşturmakta olup genelde % 4- 5 oranlarındadır. (1, 2) Minör komplikasyonlar tıbbi olarak tedavi edilebilmelerine karşın majör komplikasyonlar için endoskopik veya laparotomik girişim gerekmektedir. Açık kolesistomiye dönüş oranları % 3- 6 arasında değişmekte olup nedenleri genelde koledok taşı, zor diseksiyon, akut kolesistit, perforasyon safra kesesi, ince barsak yaralanmaları (trokar veya koterle), ampiyemli kese, hemoraji ve obesite olduğu bildirilmektedir. (1-14)

Açık kolesistektominin klasik laparotomik yaklaşımla yapılabildiği gibi mini laparotomik yaklaşımla da yapılabildiği bildirilmektedir (15, 17). Laparoskopik kolesistektomi sırasında açık kolesistektomi gereken durumlarda mini- laparotomik açık kolesistektominin uygulanabileceği düşüncesiyle kliniğimizde uyguladığımız laparoskopik kolesistektomi sırasında açık kolesistektomiye döndüğümüz 6 olguyu (ikisi klasik laparotomi 4' ü mini- laparotomi) incelemeyi ve ameliyat sonra hastanede kalış süresi ile aktif hayata dönüş sürelerini karşılaştırmayı uygun bulduk.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ekim 1992- Ocak 1993 arasındaki 1.5 yıllık dönemde İzmir, SSK Tepecik hastanesi 2. Cerrahi kliniğinde uyguladığımız 121 laparoskopik kolesistektomi serisinde karşılaştığımız komplikasyonlar ve bunların tedavi şekilleri belirlendi. Olguların yaşları 20- 70 olup, ortalama yaş 49.9 idi. 100 (%82. 6) olgu

kadın 21 (% 17.4) olgu erkekti. Laparoskopik kolesistektomi sırasında karşılaşılan komplikasyonlar ve tedavisi Tablo. 1 de, açık kolesistektomiye dönüş nedenleri Tablo 2. de özetlemektedir.

Açık kolesistektomiye dönülen olguların 2'si kadın 4'ü erkek olup; hepsi 63- 72 (ort. 68.3) yaşları arasındaydı. Açık kolesistektomiye dönülüp klasik laparotomi veya mini laparotomi uygulanan olgularda yalnızca ameliyattan sonra hastanede kalış süresi ve aktif iş hayatına dönüş süreleri karşılaştırılmıştır. Operasyonlar aynı ekip tarafından 3 trokar kullanılarak yapılmıştır.

SONUÇ VE BULGULAR

Uygulanan 121 Laparoskopik kolesistektomi içerisinde 6 (% 4.9) minör komplikasyon, 7(%5.7) olguda majör komplikasyonlarla karşılaşılmıştır.(Tablo 1) Bir olguda bırakılmış koledok taşı, 7 ay sonra sarılık gelişmesi üzerine Laparotomi + koledoktomi + T drenajı ile tedavi edilmiştir. Diğer 6 (%4.9) olguda peropetivar olarak 3-5 cm lik transrektal mini- laparotomik girişim uygulanmıştır. Laparotomi nedenleri 3 (%2.4) olguda kontrol edilemeyen kanama (6 sirotik karaciğer zemininde taşlı kese, 6 sistik arter kanaması, 6 karaciğer kese yatağından kanama); Bir olguda (%0.8) duodenuma fistülize kese, Bir olguda (%0.8) duodenum yaranlanması, Bir (%0.8) olguda sistik arter anomalisi ve diseksiyon zorluğu idi. Klasik laparotomik girişim uygulanan 2 olguda hospitalizasyon süresi 6 ve 7 gün olmasına karşın mini - laparotomik yaklaşım uygulanan 4 olguda 2 gün idi. Aktif iş hayatına dönüş ise laparoskopik kolesistektomi olgularında 10 gün, klasik laparotomi olgularında 30 gün, Mini- laparotomi uygulanan olgularda 20 gündü. Olgularımızda koledok yaranlanması, sistik kanal nekrozu gibi majör komplikasyonlarla; ileus, ateş, idrar yolları enfeksiyonu, rektus hematomu gibi minör komplikasyonlara rastlanmadı (Tablo 2)

TABLO 1:121 Laparoskopik kolesistektomide karşılaşılan komplikasyonlar ve tedavi yöntemleri

KOMPLİKASYONLAR	SAYI	ORAN	TEDAVİ
MAJÖR			
- Bırakılmış koledok taşı	1	0.8	post- op laparotomi (koledokotomi+ T drenajı)
- Duodenuma fistülide taşlı kese	1	0.8	Mini- lap, AK+ PS
- Duodenum yaralanması	1	0.8	Mini- lap, AK+ PS
- Kontrol edilemeyen kanama	3	2.4	Mini- Lap, AK+ PS+ KK(1 olgu) Laparotomik AK (2 olgu)
- Diseksiyon zorluğu	1	0.8	Mini - lap AK+ KK
MİNÖR			
- Trokar yeri enfeksiyonu	5	4.1	Tıbbi
- Plörezi	1	0.8	Tıbbi

AK: Açık kolesistektomi

PS: Primer sütür

KK: Kanama Kontrolü

TABLO 2: Açık kolesistektomiye dönülen 6 olguda kolesistektomi endikasyonları ve ameliyat sonrası sonuçlar.

Hasta Adı, Soyadı	Seks Yaş	Açık kolesistektomi tipi	Endikasyon	Ameliyat sonrası hastanede kalış	Aktif hayata dönüş
HK	K/72	Minilaparotomi	Diseksiyon güçlüğü, Hemoraji	2 Gün	20 Gün
EP	E/73	Minilaparotomi	Hemoraji	2 Gün	20 Gün
KK	K/73	Minilaparotomi	Duodenum yaralanması	2 Gün	20 Gün
JG	E/64	Minilaparotomi	Kolesisto- enterik fistül	2 Gün	20 Gün
KZ	E/65	Klasik laparotomi	Dilate koledok, Sistik arter anomalisi	7 Gün	30 Gün
MK	E/64	Klasik Laparotomi	Hemoraji	6 Gün	30 Gün

TABLO 3: Literatürdeki Laparoskopik kolesistektomilerde komplikasyon ve açığa dönüş oranları

YAZAR	YIL	SAYI	KOMPLİKASYON		AK' ye dönüş (%)	
			Majör	Minör Toplam		
Petersveark (11)	1991	100	4.0	4.0	8.0	4.0
Peters ve ark (12)	1991	283	2.1	3.2	5.3	2.8
Bailey ve ark (3)	1991	375	0.6	2.9	3.5	6.1
Schirmer ve ark(14)	1991	152	4.0	7.2	11.2	8.5
Cushieri ve ark(6)	1991	1236	-	-	1.0	1.8
Graves ve ark(8)	1991	304	-	-	6.9	2.0
Göney ve ark(9)	1992	100	-	-	3.0	3.0
Canbeyli ve ark	1993	121	5.1	4.9	10.0	4.9

TARTIŞMA

Laparoskopik kolesistektomi son beş yıl içerisinde Batı dünyasında olduğu gibi; ülkemizde de giderek yaygınlık kazanmakta olup, bu konuda ülkemizde de çalışma sonuçları yayınlanmıştır (1, 5, 9). Laparoskopik kolesistektominin klasik açık kolesistektomiye göre üstünlükleri (kısa hospitalizasyon, estetiğinin korunması, kesi fıtıklarından korunma, kısa aktif hayata dönüş süresi, ameliyattan sonra aneljezi gereksinmesinin azalması ve iş gücü kayıplarının önlenmesini bağlı ekonomik avantajlar) konusunda tüm yazarlar hem fikir olmakla birlikte tamamiyle komplikasyonsuz bir yöntem değildir (2- 5, 9, 11, 13- 16). Komplikasyonlarının ortalama olarak %4 dolaylarında olduğu bildirilmektedir (2, 3, 6, 8, 10,- 15).

Minör komplikasyonlar %0.9- 7.2; majör komplikasyonlar %0.6- 4 olup, toplam %1-11.2 arasında değişmektedir (Tablo3)

Bu komplikasyonların bir kısmı postoperatif dönemde endoskopik yöntemlerle tedavi edilebildikleri gibi bir kısmı da laparotomi gerektirmektedir (10, 12) Açık kolesistektomiye dönüş endikasyonlarının intraoperatif bulgular (fibrotik kese, sistik arter anomalileri, ampriyemli kese, malignite, Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi ile alınmayan koledok taşları, akut kolesistit, pankreatik kitle) ve peroperatif komplikasyonlar (koledok yaralanması, safra sızıntısı, duodenum ve ince barsak yaralanmaları, sistik kanal nekrozu ve kontrol edilemeyen hemoraji) olduğu bildirilmektedir (1- 3, 5, 6, 8, 10-14).

Serimizde minör komplikasyonlara 6 (%4.9), majör komplikasyonlara 7(% 5.1) olguda rastlanmıştır. Bırakılmış koledok taşı olan bir olgu postoperatif dönemde 7 ay sonra sarılık gelişmesi üzerine laparotomik girişimle koledokotomi + T tüp drenajı yöntemiyle tedavi edilmiştir. Diğer majör komplikasyonlarda ise (Diseksiyon güçlüğü, hemoraji, duodenum yaralanması, kolesistenterik fistül, sistik arter anomalisi) peroperatif laparotomik veya mini- laparotomik

girişim gerekmiştir. (Tablo 2)

Kolesistektomi klasik laparotomik yaklaşım ile yapılabildiği gibi mini- laparotomik yaklaşımla da yapılabilmektedir. (13). Reddick ve ark. (13) 25 olguluk mini- laparotomi kolesistektomi grubunu, 25 olguluk laparoskopik kolesistektomi grubu ile karşılaştırdığında ameliyat sonrası hastanede kalış süresine, mortalite ve morbidite yönünden birbirine yakın sonuçlar bildirmektedir. Yine Mc Gregor ve ark. (Minimal invasive surgery and new technology, Sept. 1992 Second European Congress of Viscerosynthesis, 1992) 91 laparoskopik kolesistektomi ve 84 mini laparotomik kolesistektomi sonuçlarını karşılaştırdıklarında morbidite yönünden yine birbirine yakın sonuçlar bildirmektedirler.

Mini-laparotomik yaklaşım elektif kolesistektomiler için uygulanabildiği gibi laparoskopik kolesistektomi sırasında açık kolesistektomiye gerektiren durumlarda ve uygun olgularda (zayıf ve önceden batin ameliyat geçirmemiş) uygulanabilir. Literatürde mini-olgularda laparotomik kolesistektomi için 3- 5 cm lik subkostal kesilerin yeterli olduğu bildirilmektedir (13, 17). Kendi olgularımızda peroperatif bazı komplikasyonlar için açık kolesistektomiye dönüşte 3- 5 cm. lik tarsrektal mini- laparotomik girişim tercih edilmiştir bu olgularda ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin laparoskopik kolesistektomi olgularındakilerinden farklı olmadığı (2- 3 gün) (3- 9, 11, 14, 17) aktif hayata dönüşün ise açık kolesistektomi olgularındakilerden daha kısa sürede (20 gün) olduğu gözlemlendi.

Sonuçta bu çalışma, laparoskopik kolesistektominin laparotomi gerektiren komplikasyonlarında 5 cm. lik kesinin (mini- laparotominin) uygun olgularda (zayıf ve ameliyat geçirmemiş) yeterli olduğunu göstermiştir.

KAYNAKLAR:

1. Avcı C, Avcı L, Video- laparoskopik kolesistektomi, Endikasyon, Teknik ve sonuçlar.(3 ilginç vaka nedeniyle), *Ulusal Cerrahi Derg.* 1991 ; 7 : 321-5.
2. Spaw AT, Reddick ED, Olsen DO. Laparoscopic laser cholecystectomy: Analysis of 500 Procedures. *Surg Laparosc Endoscopy.* 1991 ; 1 : 2-7.
3. Bailey RW, Zucker KA, Flowers JLF et al. Laparoscopic cholecystectomy, experience with 375 consecutive patients. *Ann Surg.* 1991 ; 214 : 531-41.
4. Berci G, Sackier JM. The Los Angeles experience with Laparoscopic cholecystectomy, *Am J Surg.* 1991 : 161 ; 382-84.
5. Canbeyli B, Karaoğlan M, Akyıldız N, Çapkis Y, Yiğit M. Laparoskopik kolesistektomi tekniği ve 59 olguda alınan sonuçlar, *SSK Tepecik Hastn. Derg.* 1992 ; 2 : 145-50.
6. Cushiery A, Dubois F, Moniel J et al The European experience with laparoscopic cholecystectomy, *Am J Surg.* 1991 ; 161 ; 385-7.
7. Gadacz TR, Talamini MA. Traditional Versus Laparoscopic cholecystectomy, *Am J Surg.* 1991 ; 161 : 336-8.
8. Graves HA, Ballinger JF, Anderson WJ. Appraisal of Laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg.* 1991 ; 6 : 655-64.
9. Göney E, Hızlı F, Foralı Ö, Evrûke H. Laparoskopik kolesistektomi ilk 100 olgunun sonuçları, *Ulusal Cer. Derg.* 1992 ; 8 : 92-100.
10. Peters JH, Elison C, Innes J et al. S Complications of Laparoscopic Cholecystectomy. *Surgery* 1991 ; 110 : 769-78.
11. Peters JH, Gibbons GD, Innes JT et al. Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy, A Prasperspective analysis 100 initial patients. *Ann Surg.* 1991 ; 213 : 3-12.
12. Ponsky JL Complications of Laparoscopic cholecystectomy, *Am J Surg.* 1991 ; 161 : 393-5.
13. Reddick EJ, Olsen DO, Laparoscopic Laser cholecystectomy, A Comparison with Mini- Lap Cholecystectomy. *Surg Endosc.* 1989 : 3 ; 131-3.
14. Schirmer BD, Edge SB, Dix J et al. Laparoscopic Cholecystectomy Treatment of choice for symptomatic cholelithiasis, *Ann Surg.* 1991 ; 213 : 665-77.
15. O' Kelly Y J, Barr H, Malley WR, Kettlewell M. Cholecystectomy, through 5 cm. subcostal incision. (Letter) *Br J Surg.* 1991 ; 78: 6 ; 762.
16. Hunter JG. Laser or Electrocautery for Laparoscopic Cholecystectomy. *Am J Surg.* 1991 ; 161 : 345-9.
17. Hugh TB, Kelly MD, 4 B. Laparoscopic anatomy of the cystic artery. *Am J Surg.* 1992 ; 163 : 593-5.